



**CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

**EL PADECIMIENTO DEL MAL DE OJO EN TRES GENERACIONES DE
FAMILIAS Y TERAPEUTAS DE SIMOJOVEL DE ALLENDE, CHIAPAS**

T E S I S

**QUE PARA OPTAR AL GRADO DE
MAESTRO EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**

P R E S E N T A:

ÁNGEL DE JESÚS VELASCO URBINA

DIRECTORA DE TESIS:

DRA. MARÍA GUADALUPE RAMÍREZ ROJAS

San Cristóbal de Las Casas, Chiapas; febrero, 2023



**CENTRO DE INVESTIGACIONES
Y ESTUDIOS SUPERIORES
EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL**



**MAESTRÍA EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL
CIESAS SURESTE-NORESTE
PROMOCIÓN 2020-2022**

COMITÉ DE TESIS

Título: El padecimiento del mal de ojo en tres generaciones de familias y terapeutas de Simojovel de Allende, Chiapas

Estudiante: Ángel de Jesús Velasco Urbina

DIRECTORA:

Dra. María Guadalupe Ramírez Rojas

LECTORES/AS:

Dr. Roberto Campos Navarro

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

Dra. Claudia Paola Peniche Moreno

CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS SUPERIORES EN ANTROPOLOGÍA SOCIAL, SEDE PENÍNSULA

Dra. María de Lourdes Flores López

CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ASISTENCIA EN TECNOLOGÍA Y DISEÑO DEL ESTADO DE JALISCO, A. C. (CIATEJ)

Agradecimientos

Esta investigación es resultado de un esfuerzo de colaboración que se realizó en la maestría en Antropología Social en la línea de especialización en Antropología de la Salud y la Enfermedad, realizada en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, unidad regional (CIESAS-SURESTE). Lo anterior, se logró gracias al apoyo de la beca otorgada por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) de México.

Mis sinceros agradecimientos a las familias y madres que amablemente brindaron de su tiempo para relatar aspectos de sus prácticas y saberes con la autoatención del padecer en sus núcleos familiares. Narrativas que me ayudaron a comprender el proceso de este padecimiento y las implicaciones que tiene en los diversos aspectos de la vida doméstica y cultural de estas con su entorno social. Un padecer que se transforma en el proceso generacional de las familias para seguir presente en la sapiencia de las prácticas de autocuidado que realizan con los integrantes de sus familias.

Reconozco a la Dra. María Guadalupe Ramírez Rojas que con su sagacidad me ayudó a comprender lo simple y lo complejo de la investigación antropológica de la salud y la enfermedad, a partir de cuantiosas horas invertidas en las asesorías que me ayudaron a avanzar en cada etapa del proceso de investigación. Al comité de lectores por haber dedicado su valioso tiempo, a revisar y emitir las observaciones que me permitieron realizar diversas reflexiones de un padecimiento presente en las experiencias de la autoatención en la salud de las familias en México, pero sobre todo de aquellas asentadas en Simojovel de Allende, Chiapas.

También a Nayely que en las charlas convenidas comentaba sus saberes sobre el mal que ayudaron a generar interrogantes sobre este padecimiento, cuando me planteaba situaciones del mal de ojo que posiblemente acontecían en casa, sobre todo cada vez que repentinamente la salud de mi hija se veía comprometida. Le agradezco que, en momentos de crisis haya estado ahí para reanimarme codo a codo y cuerpo a cuerpo, apoyándome con más de su tiempo para cuidar de nuestra hija cuando yo tenía pocas horas para ocuparme de Ivanna.

También agradezco a mis familiares en Simojovel de Allende que me ayudaron a contactar a madres que participaron en el estudio, así como a mi familia política en San Cristóbal de las Casas, que siempre me animó a seguir con los estudios del tema por considerarlo de relevada

importancia en el contexto de la medicina tradicional de las familias. Al hermano Jerónimo por su guía en el proceso de estudio, a mi padre que con su frase “échale ganas hijo” me hacía recordar a mi madre (+) diciéndome “sigue adelante que esto aún no termina”, y claro después de la defensa de la tesis hay camino por seguir recorriendo.

Gracias Mario, Fernanda, Alma, Marcos, Jimena y Paula por haber sido grandiosos compañeros en esta aventura académica, esperemos vernos pronto en otro capítulo antropológico.

Saludos.

RESUMEN:

El padecimiento del mal de ojo en tres generaciones de familias y terapeutas de Simojovel de Allende, Chiapas

En el espectro de padecimientos registrados en la medicina tradicional es reconocido ampliamente el mal de ojo, mientras que en el quehacer de la medicina occidental está excluida su existencia. En cambio, se le incluye en los denominados síndromes culturales incluido dentro del espectro de enfermedades psiquiátricas, contenido como categoría diagnóstica. Desde este punto de vista biomédico, la perspectiva enfatiza en la existencia de una condición social “que enferma” a la persona y que en determinadas situaciones también a una población. Si bien la medicina occidental alude a términos de enfermedad y enfermos, en el caso de la medicina tradicional se habla de males y padecimientos. En la actualidad se continúan usando esos términos para referirse a eventos que afectan la salud de las personas. En el contexto de Simojovel de Allende, Chiapas, es reconocido el padecimiento del mal de ojo, un mal que está representado en una serie de saberes referidos a la mirada pesada y la vista caliente que afecta a niños que llegan a ser “chuleados” generando signos de malestar, irritabilidad y calentura en los menores. En la autoatención del mal son las madres quienes enfrentan el padecer al preocuparse por encontrar alivio para sus hijos, recurriendo así a diagnósticos de la medicina occidental, y encontrando alivio en los recursos terapéuticos de la medicina tradicional. Por lo anterior, el objetivo fue describir y analizar las prácticas y saberes en torno al mal de ojo en tres generaciones de familias y terapeutas del lugar mencionado. Por lo tanto, se implementó una metodología cualitativa que permitió construir las historias de vida de tres generaciones de actores sociales con el padecimiento bajo la perspectiva del análisis teórico de las representaciones sociales (Moscovici, 1979).

Índice

Introducción	8
Capítulo 1.....	25
1.1. Factores causales del mal de ojo	32
1.2. Síntomas.....	34
1.3. Tratamiento	35
1.4. Prevención	38
Capítulo 2.....	41
Marco explicativo de las prácticas y saberes de las familias con el padecimiento	41
2.1. Marco teórico	42
2.2. Metodología	50
2.2.1. Herramientas metodológicas aplicadas.....	55
2.2.2. Tratamiento metodológico de la información.....	57
Capítulo 3.....	60
De saberes y significados en el mal de ojo: las matriarcas como transmisoras del conocimiento en grupos familiares.....	60
3.1. Introducción	61
3.2. Connotaciones de los saberes	61
3.3. El grupo familiar de los Sánchez	62
3.4. Arminda, la matriarca en la familia Sánchez.....	67
3.4.1. Apreciaciones sobre los saberes de la matriarca de los Sánchez	74
3.5. El grupo familiar de los Cruz.....	75
3.6. Hortensia, la líder en la familia de los Cruz	79
3.6.1. Reflexiones recuperadas de los saberes de Hortensia	84
3.7. El grupo familiar de los Montes.....	84
3.8. Florencia, la matriarca en la familia Montes.....	88
3.8.1. Reflexiones recuperadas de los conocimientos de Florencia	93
3.9. Ponderaciones finales del capítulo.....	93
Capítulo 4.....	96
Diagnóstico, tratamiento y prevención del padecimiento: cambios y continuidades del padecer según generaciones familiares.....	96
4.1. Introducción	97
4.2. El diagnóstico del mal ojo por generación en tres familias	98
4.2.1. Las abuelas como el primer eslabón.....	98

4.2.1.2. Apreciaciones sobre el diagnóstico desde las abuelas	102
4.2.2. Las hijas madres como el segundo eslabón.....	103
4.2.2.1. Reflexión sobre el diagnóstico en las segundas generaciones.....	108
4.2.3. Las nietas madres como el tercer eslabón.....	109
4.2.3.1. Apreciaciones del diagnóstico en las terceras generaciones	112
4.3. El tratamiento del mal de ojo: experiencias generacionales en tres grupos familiares	113
4.3.1. Procedimientos curativos de las abuelitas.....	113
4.3.1.1. Reflexiones sobre el tratamiento que realizan las primeras generaciones.....	119
4.3.2. Del cómo las hijas tratan el mal de ojo con sus propios hijos: el caso de las segundas generaciones.....	119
4.3.3. Del cómo las nietas curan a sus hijos: las terceras generaciones	125
4.3.3.1. Reflexiones recuperadas desde las nietas madres	129
4.4. La prevención del mal del ojo: experiencias en tres generaciones familiares	130
4.4.1. Las abuelas en la prevención del mal de ojo.....	130
4.4.1.1. Apreciaciones recuperadas del caso de las abuelitas	132
4.4.2. De cómo las hijas madres realizan la prevención.....	132
4.4.2.1. Consideraciones sobre la prevención que realizan las segundas generaciones	134
4.4.3. De cómo las nietas previenen el mal de ojo en sus hijos	134
4.4.3.1. Reflexiones sobre prevención en las terceras generaciones.....	135
4.4. Reconstrucción de la historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal del ojo	136
4.5.1. Consideraciones finales del capítulo.....	143
Capítulo 5.....	145
El mal de ojo en las prácticas médicas de terapeutas locales	145
5.1. Introducción	146
5.2. El caso del terapeuta biomédico: sus saberes y abordajes en el padecimiento.....	147
5.2.3. Apreciaciones sobre el abordaje biomédico del mal de ojo.....	160
5.3. El caso de la terapeuta tradicional: sus saberes y prácticas con el padecimiento	161
5.3.1. Apreciaciones del caso de la terapeuta tradicional	175
5.4. Reflexión final del capítulo.....	176
Conclusiones	181
Bibliografía	200

Introducción

Recuerdo que desde mi infancia oía cómo los adultos de mi entorno hablaban del “ojo” o también llamado “mal de ojo”,¹ cuando a veces primos o hermanos fueron sujetos a las prácticas de curación realizadas por madres y abuelas. Y es que “el mal de ojo” es un padecimiento que ha estado inserto dentro de las prácticas de autoatención en salud de muchas familias de la ciudad de Simojovel de Allende y de otras regiones de Chiapas.

Aunque dentro del espectro de padecimientos registrados en la medicina tradicional el mal de ojo es reconocido ampliamente, en el quehacer de la medicina occidental no se reconoce su existencia, y se le incluye dentro de los denominados síndromes dependientes de la cultura. Entendiendo el término de *síndrome* como aquel que “denota patrones de comportamiento aberrante y experiencias perturbadoras, recurrentes y específicas de un lugar determinado, que pueden estar relacionadas o no estarlo con una categoría diagnóstica del DSM-IV” (DSM-IV-TR, 2002:1004).

Revisando el DSM-5 no se encontraron referencias textuales al mal de ojo como tampoco de síndromes, aun cuando esta versión es actual y un poco más amplia en el sentido de incorporar aspectos culturales y de género en las descripciones que contiene sobre diversidades de trastornos en las personas. Sin embargo al revisar encontré que las ideas más cercanas a la descripción de síndrome para mal de ojo como las refiere el DSM-IV, es que en esta versión actualizada del DSM-5 se plantea el trastorno de la personalidad esquizotípica, entendida como “Patrón dominante de deficiencias sociales e interpersonales que se manifiesta por un malestar agudo y poca capacidad para las relaciones estrechas así como por distorsiones cognitivas o perceptivas y comportamiento excéntrico, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y [que] está presente en diversos contextos” (DSM -5, 2022:361).

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades, en su décima edición (CIE-10) no se incluye al mal de ojo como síndrome dependiente de la cultura y tampoco se da bajo ninguna otra denominación como si se observó en el DSM-IV. Incluso en esta clasificación no se considera la existencia de la medicina tradicional aun cuando esta tiene amplia presencia en el mundo. A este

¹ Al hacer alusión al mal de ojo, también estaré usando la expresión “el ojo”, ya que así lo denominan algunas colaboradoras entrevistadas.

respecto, es hasta la onceava edición (CIE-11)² en que se incluye una sección de medicina tradicional, para referirse principalmente a las afecciones, tratamientos y diagnósticos provenientes de los sistemas médicos Chinos, Japones y Coreanos. Los cuales son abordados como patrones y trastornos, y no como males o padeceres presentes en las prácticas de la salud de las personas. Si bien es un avance la inclusión de la medicina tradicional en el CIE -11, está es insuficiente porque lo reduce a los sistemas médicos asiáticos y deja poco margen de reconocimiento a otros males y padeceres presentes en el mundo.

Es desde este punto de vista biomédico que se enfatiza en la existencia de una condición social “que enferma” a la persona y que en determinadas situaciones también a una población. Si bien la medicina occidental alude a términos de *enfermedad* y *enfermos*, previo a la existencia del enfoque biomédico en la medicina tradicional ya se hablaba de *males* y *padecimientos*; conceptos empleados con mayor frecuencia para referirse a aquellos no incluidos dentro de los diagnósticos de la biomedicina, la cual no reconoce un gran número de eventos que afectan la salud de las personas.

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional se define como la “suma total de los conocimientos, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, sean explicables o no, utilizadas tanto en el mantener la salud como en la prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades físicas y mentales” (Jiménez, 2017:31). Haciendo énfasis en la importancia que tiene la práctica de conocimientos empíricos relacionados con la salud en favor de quienes están padeciendo un mal. Al respecto, se hace necesario notar que, si bien la propia medicina tradicional ha incorporado términos biomédicos para referirse a los propios padecimientos y males, el concepto *enfermedad* remite a los eventos reconocidos por la medicina occidental.

Recordemos que esta perspectiva biomédica tiene como guía para validar su proceso los métodos de exploración física, estudios de laboratorio y otros medios tecnológicos que le permitan sostener sus diagnósticos en aquellos basados en evidencias científicas. Esto, aun cuando la perspectiva asume falsos positivos y negativos que se traducen en primer lugar, en asuntos para las estadísticas científicas y en segundo determinar los procedimientos a seguir, para tratar la

² CIE-11, Clasificación Internacional de las Enfermedades 11.

enfermedad identificada. Evaluación que consigue con pruebas diagnósticas valoradas por su sensibilidad y especificidad. Entiéndase estos dos últimos términos como “indicadores estadísticos que evalúan el grado de eficacia inherente a una prueba diagnóstica... Mide la discriminación diagnóstica de una prueba en relación con un criterio de referencia, que se considera la verdad. Estos indicadores en principio permiten comparar directamente la eficacia de una prueba con la de otras y esperar resultados similares cuando son aplicadas en diferentes países, regiones o ámbitos” (Moreno, 2013: 170).

Ahora bien, la medicina tradicional dentro de sus métodos diagnósticos no incluye la complementación diagnóstica con apoyo de tecnología biomédica, pero no por eso significa que ciertos males no existan como lo refiere la medicina occidental. En todo caso, estos vacíos de conocimiento no corresponden a la medicina tradicional sino a la biomedicina. Como ejemplo fue la producción de miasma sobre la que se generó la teoría miasmática que explicaba las emanaciones de suelos, cuerpos, etcétera, que enfermaba a otros, y que más tarde reveló asuntos microbianos que permitió establecer un modelo explicativo de la enfermedad. En este sentido no es que el mal de ojo no exista y que por eso se le suponga como una creencia, más bien la medicina occidental no tiene todas las herramientas de comprensión y validación del mal de ojo.

Por lo anterior, en el presente documento nos referiremos a males o padecimientos reconocidos en la medicina tradicional y no reconocidos para la biomedicina.

La medicina occidental —un tanto reduccionista, sin analizar o profundizar en el conocimiento de los eventos categorizados como males o padecimientos— cataloga el mal de ojo como síndrome sociocultural al considerar que sus causas provienen de actos de hechicería y superstición, esto porque no tienen una base científica que sustente los conocimientos enunciados, como sí los tiene el modelo biomédico hegemónico que, para situar y reconocer una enfermedad, debe tener claridad en la existencia de los componentes de la nosología de un mal.

Desde el punto de vista biomédico se enfatiza en la existencia de una enfermedad y en que esta afecta a nivel individual la funcionalidad del organismo humano. Se entiende que las manifestaciones de malestar son iguales por el hecho de ser tratadas como síndromes dependientes de cada cultura. En paralelo, a veces son tratadas como enfermedades de salud mental al no identificar una causa orgánica, lo que ocasiona que sean descritas por el mismo enfermo y sin evidencia aparente según los procesos diagnósticos establecidos por la biomedicina. Así, desde el

punto de vista biomédico algunas son definidas como constructos sociales propios de cada cultura, basadas en creencias vinculadas a usos y costumbres de determinada población, y que han sido categorizadas por la medicina occidental como un síndrome cultural determinado, asociándolas a características de trastorno social y psiquiátrico (DSM-IV-TR, 2022). Por ende, no se reconoce la existencia de técnicas para el diagnóstico y tratamiento de determinados males, como sucede con el mal de ojo, relegándolo a una creencia producto de usos y costumbres de un grupo específico de personas.

En contraposición, ha sido la Antropología la encargada de indagar los saberes y alcances de la medicina tradicional (Zolla *et al.*, 2020; Mellado *et al.*, 1994; Campos, 2019; Menéndez, 1994, 2003, 2008; Moscoso, 1981; Rangel, 2017), abordando una serie de males no estudiados por la biomedicina. Desde la literatura antropológica se analizan mecanismos de autocuidado que realizan las familias y terapeutas tradicionales para tratar y prevenir dolencias como el mal de ojo. Asimismo, distintos enfoques que han contado con la perspectiva epidemiológica sociocultural, sin renunciar a la base ideológica de la biomedicina, continúan clasificando a este mal como una enfermedad y, a su vez, como síndrome de filiación cultural (Tascón, 2019).

Esa postura reconoce la presencia de afectaciones y/o alteraciones fisiológicas y orgánicas al cuerpo del afectado solo cuando las evidencias se reconocen mediante el diagnóstico, tratamientos y curaciones. En ese sentido, continuar viendo al mal de ojo como enfermedad implica no advertir que las afectaciones no son individuales; por el contrario, tienen connotaciones sociales y debe reconocerse la presencia del padecimiento tanto en quien tiene los signos como en quien cuida del afectado, pues son quienes perciben y asumen la aflicción al tener un infante con el mal, esto puede verse en las prácticas de autoatención aplicadas por abuelas y madres con sus hijos e hijas.

Por lo anterior, es importante dejar en claro que cuando hablo del mal no me referiré a este como una enfermedad (*disease*), ya que en sentido estricto este concepto es biologicista y biomédico y, por ende, desde este enfoque en casos de personas con probable mal de ojo el diagnóstico y la observación médica buscan características infecciosas generadas por virus y bacterias. En este sentido, cuando algunas madres recurren a un terapeuta biomédico para examinar a un menor que presenta signos como lloriqueo, irritabilidad y calentura, la respuesta del especialista se centra en la búsqueda de condiciones patológicas en el menor, tomando como

referencia los métodos estipulados por la biomedicina y circunscribiendo el diagnóstico final a los conocidos y aprobados por la CIE-10 vigente para México.

No obstante, esta clasificación internacional de las enfermedades no se aprovecha a su máximo aun cuando en las categorías Z00-Z99 de su capítulo XXI, hace referencia a los elementos que pueden influir en la afección de la salud de las personas, sin que por esto sean entendidos como enfermedades. Lo que abre la posibilidad de reconocer la integración de la medicina tradicional y del mal de ojo dentro de esta clasificación.

En este sentido retomo textualmente la siguiente cita para las categorías en cuestión:

“categorías Z00-Z99 se provee para aquellos casos en que ciertas circunstancias que no son enfermedades, lesiones ni causas externas clasificables en las categorías A00-Y89 [afecciones reconocidas por la medicina occidental], se registran como diagnósticos o problemas ... cuando existe alguna circunstancia o problema que influye en el estado de salud de una persona, pero no es en sí misma una enfermedad o lesión actual. Estos factores pueden descubrirse en encuestas en la población cuando la persona puede o no estar enferma, o registrarse como un factor adicional a ser tomado en cuenta cuando la persona reciba atención por alguna enfermedad o lesión” (CIE 10, 2008:1045)

Si bien el margen de reconocimiento del mal de ojo dentro de esta clasificación es menor, resulta que, al revisarse las categorías en cuestión, estas consideran aspectos de la relación de contacto de las personas con los servicios de salud por asuntos de enfermedades transmisibles, reproducción sexual, asesorías en cuidados, violencia y atención psicosocial personal y familiar, desapareciendo así ese margen para la no la inclusión de la medicina tradicional y el mal de ojo en la CIE-10.

Es en el capítulo 26 de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE -11; 2022) que por primera vez se reconoce la existencia de la medicina tradicional como un sistema de salud al que accede la población en el mundo. Sin embargo, está dirigida a los sistemas médicos que provienen de asia con influencia en el mundo y en menores casos a otros sistemas de la medicina tradicional con presencia en otros continentes³. Llama la atención que este reconocimiento de la medicina

³ Me parece que darle prioridad a la medicina tradicional que se práctica principalmente en Asia con influencia en el mundo, más allá de haber valorado su eficiencia como sistema en el bienestar de la salud de las personas, y sin menospreciar los avances que tiene dicho sistema, pienso que una razón más de su inclusión en la CIE-11 obedeció a fines administrativos y de seguros médicos de las corporaciones que están en el negocio de la salud, ya que la medicina china, por considerarlo como ejemplo es una de las recurridas por la población en el mundo. Por tanto, a las corporaciones les interesa ofertar, vender, cubrir los servicios médicos de los demandantes y usuarios de la medicina tradicional china.

tradicional en la CIE-11 plantea la codificación y uso de términos como “trastornos y patrones [4] de la medicina tradicional (MT1)” (CIE-11, 2022:34) para abordar las afecciones a la salud de personas vinculadas a este sistema de la medicina tradicional. Entendiendo pues que esos términos más allá de facilitar su comprensión y de responder a un lenguaje común parecen una condicionante del modelo medico occidental para permitir la inclusión de la medicina tradicional en la CIE-11.

Si bien hemos dado cuenta de la inclusión de la medicina tradicional en la CIE-11, esta es insuficiente porque no incorpora la diversidad de la medicina tradicional en el mundo, ya que privilegia a unos sistemas y continúa marginando a otros, no cumpliendo así el objetivo al no considerarlos en su registro y clasificación.

Sin embargo, con frecuencia los médicos occidentales limitan la identificación de una enfermedad tomando como punto de referencia la existencia o no de un proceso infeccioso, buscando la presencia de virus o bacterias cuyo tratamiento apunta a la administración de medicamentos dirigidos a atender infecciones estomacales o de las vías respiratorias. Otra consideración incluida en el marco explicativo biomédico, por ejemplo, sería una posible insolación como causante del malestar y fiebre en un menor y la recomendación sería la hidratación con apoyo de suero oral. No obstante, es importante mencionar que en ocasiones dichos tratamientos no limitan el daño ni resuelven el cuadro de sintomatología que presenta el menor, incluyendo la aflicción que percibe y experimenta la cuidadora del niño. En este sentido, ante la persistencia del padecimiento muchas veces los padres se apoyan de otras terapéuticas como las de la medicina tradicional, que sí reconoce la existencia del mal y para el cual existen tratamientos específicos. Además, la manera de diagnosticar y la eficiencia de los tratamientos hacen que el trabajo terapéutico de las cuidadoras y terapeutas tradicionales cuente con respaldo y popularidad entre la gente.

⁴ El trastorno desde la medicina tradicional debe ser comprendido como “un conjunto de disfunciones en cualquier sistema del cuerpo que se juzga a partir de signos, síntomas o hallazgos asociados... y un patrón en la medicina tradicional patrón (MT1) se refiere a la manifestación de la condición de salud del paciente en un momento dado que incluye todos los hallazgos que se pueden incluir: Sintomatología: patrón de signos específicos y no específicos, síntomas hallazgos únicos de los métodos de diagnóstico de la medicina tradicional, que incluyen la toma del pulso, el examen de la lengua, el examen abdominal y otros métodos que reflejan la respuesta sistémica del paciente en una condición disfuncional” (CIE-11, 2022: 335).

Dado lo anterior, se entiende que la biomedicina no plantee una nosología del mal de ojo, por no encontrar características patógenas que inciden en los organismos afectados; sin embargo, eso no significa que no se deba hacer una nosografía del mal. Al contrario, recuperar la descripción del diagnóstico, tratamiento y prevención que tienen personas de grupos sociales en particular conlleva a hacer una nosología del padecimiento desde una perspectiva más biopsicosocial y cultural.

Atendiendo dichas consideraciones, se hace énfasis en que este mal, al tener amplias implicaciones sociales en su proceso de padecimiento, se transforma en un fenómeno socializado que incide en la regulación de conductas sociales para los participantes directos en las prácticas de autoatención; también entre aquellos que son vistos como los agentes causales, y otros participantes que proveen elementos y/o dispositivos para las fases de diagnóstico, tratamiento y prevención.

De acuerdo con Menéndez (1994:73) “es el saber del grupo el que articula las representaciones y prácticas recibidas del saber médico, a partir de las representaciones y prácticas que dichos sujetos y grupos manejan”. Por ende, no solo la práctica de este tipo de medicina genera condiciones para el control social a nivel familiar, sino también en lo colectivo. Como menciona Menéndez (1994), también sucede en las prácticas de representación de los saberes en el ejercicio de la biomedicina institucional.

Ampliando un poco más el contexto del padecer, cuando la familia opta por recurrir a la medicina popular o tradicional, no solo lo hace por la presencia y conocimientos que tienen los terapeutas para tratar determinados males, sino también porque es un ámbito de aprendizaje y de transmisión de saberes de las abuelas, madres, entre otras, en torno a un padecimiento, en este caso el mal de ojo. En este sentido, son sus aportaciones la principal modalidad de incidencia en las prácticas de autocuidado desarrolladas. Son ellas las protagonistas que, partiendo de conocimientos empíricos en este espectro de la medicina, reconocen que por sus características este tipo de males tiene su base en el sistema médico de lo frío y lo caliente.

Así, se ha reconocido que el mal de ojo es un padecimiento de calor, ya que se caracteriza por una alteración en la temperatura corporal del niño, aumento proveniente de factores psicosociales del círculo de relaciones en el que participan los figurantes que componen el mal. Los signos presentes en esta alteración delatan inestabilidad del estado de salud del menor y

generan aflicción y preocupación en la persona cuidadora, existiendo en la medicina tradicional procedimientos curativos y probados empíricamente para aliviar tanto al menor como a las madres que lo enfrentan.

Considerando este panorama, en este estudio encuadro al mal de ojo como una dolencia también para quien lo padece, se preocupa y sufre al tener a un hijo con el padecimiento. De ahí que retome el término *illness* propuesto por Kleinman (1988) para explicar la dolencia de quien experimenta prácticas de autocuidado ante el padecimiento. En este sentido, el autor se refiere a “I mean to conjure up the innately human experience of symptoms and suffering [where the] illness refers to how the sick person and the members of the family or wide social network perceive, live with, and respond to symptoms and disability”⁵ (Kleinman, 1988: 3). Por lo que interesa conocer las historias de vida de las madres y abuelas para saber cómo viven, perciben y practican el padecimiento. En este sentido, son ellas, junto a otros actores dispuestos en roles y niveles, las generadoras del andamiaje de las prácticas y los saberes del autocuidado en las familias, y son colaboradores de quienes se dará cuenta en el apartado metodológico de esta tesis.

Es importante enfatizar en que no abordar el mal de ojo como enfermedad implica no profundizar en las posibles alteraciones fisiológicas y orgánicas que ocurren en el cuerpo del niño. Como señalan Kleinman (1988) y Young (1982), el *disease* es entendido como la alteración en la estructura y funcionamiento orgánico del cuerpo por un estado patológico que, a su vez, afecta la salud de la persona por la presencia de posibles causalidades infecciosas por virus y bacterias. Esto no significa que no veamos posibles agentes y factores causales que tienen presencia en la condición de salud de un niño, sino más bien, esto se abordará desde una perspectiva más biopsicosocial y cultural, basada en las historias, experiencias y saberes de las madres y abuelas cuidadoras.

En estas páginas no profundizaremos en el sentido estricto del concepto del *disease*, ya que el interés gira en conocer cómo se elabora el aprendizaje de la dolencia (*illness*) en lo subjetivo e intersubjetivo de quienes conscientemente están expuestos a sobrellevar el padecimiento. También de quienes generan y replican significados y prácticas representadas del mal y en la autoatención

⁵ La traducción al español es “quiero evocar la experiencia humana innata de los síntomas y el sufrimiento. [Donde la] dolencia se refiere a cómo la persona enferma y los miembros de la familia o de la red social en general perciben, conviven y responden a los síntomas y la discapacidad”.

que realizan las cuidadoras, en particular con las generaciones a nivel familiar y con los terapeutas participantes en la autoatención del padecimiento.

Es relevante señalar que un padecimiento como este no solo está construido en las prácticas subjetivas e intersubjetividades que las cuidadoras tienen, sino que también se nutre de lo observado, escuchado y aprendido a un nivel más ideológico, social y simbólico. Esto es el *sickness*, que Kleinman (1988:6) describe como “un trastorno en su sentido genérico en una población en relación con las fuerzas macrosociales”. Es decir que, de una u otra forma, está precedido por determinadas maneras colectivas de pensar, ver y tratar un padecimiento. En el caso que nos atañe, dentro de la medicina tradicional existen elementos religiosos, médicos y sociales que se suman a la curación del mal de ojo. Y estos elementos forman parte de la construcción social de las medidas de autocuidado que tienen y conservan las personas en su devenir histórico y social frente al padecimiento.

En cierto modo, las condiciones generadas juegan un papel de control social dentro de las colectividades que, de acuerdo con Menéndez, es posible observar “a partir de tres procesos: la existencia de padecimientos que refieren a significaciones negativas colectivas; el desarrollo de comportamientos que necesitan ser estigmatizados y/o controlados; y la producción de instituciones que se hacen cargo de dichas significaciones y controles colectivos, no solo en términos técnicos, sino socio ideológicos” (Menéndez, 1994:72). Es decir, debe prestarse atención en quien elabora, aporta y replica significaciones, esto a nivel ideológico en prácticas de autocuidado en las familias y en la colectividad involucrada en el padecimiento.

Así pues, el abordaje de este mal tiene como punto de convergencia a la familia como institución, y a las madres cuidadoras como las principales actoras en la transmisión de saberes que sostienen el padecimiento. En este contexto, también sobresale la existencia de elementos comerciales afines al mal de ojo, por mencionar: amuletos, figuras e imágenes religiosas católicas que están inmersos en las elaboraciones cognitivas que realizan las personas que padecen el mal, sobre todo al participar en las prácticas de autocuidado para tratarlo.

En el espectro de la medicina tradicional donde se insertan las prácticas de autocuidado y saberes relacionados con el mal de ojo, destacan las habilidades médicas del terapeuta, ya que este espacio de sabiduría también es un medio de transmisión para que, desde casa, las abuelas, madres y a veces los padres sean receptores de conocimientos empíricos enfocados a conocer y curar males

específicos. Estos saberes provienen de la transmisión oral entre generaciones familiares. Sobresale en particular todo lo relacionado al uso de objetos y herramientas de representación simbólica con características médicas: huevos, amuletos, albahaca,⁶ aguardiente, etc.; así como expresiones y elementos sociales como la “persona que hace mal de ojo”; las redes comunicantes “de boca en boca”; y elementos de índole religiosa como la virgen María y el niño Dios, al que se encomiendan las cuidadoras cuando realizan un acto de curación para los menores con este mal.

Si bien las prácticas de autocuidado realizadas por las familias pueden ser similares en cuanto a los medios y códigos utilizados al diagnosticar, tratar y prevenir el mal de ojo, por la tesitura de la conformación de relaciones al interior de las familias, sus experiencias y saberes tendrán singularidades en la forma de representar y afrontar el padecimiento. En este sentido, será interesante conocer las historias que tienen las líderes de familias con el mal de ojo para visualizar, conocer y contrastar posibles diferencias y similitudes en las formas de percibirlo y abordarlo.

Al respecto y como parte de lo observado en las prácticas locales familiares, podemos ver, por ejemplo, que algunos lo tratan como enfermedad, dado que existe una persona que presenta signos de inestabilidad y una madre en aflicción, derivando en una visita al médico para ser tratados con productos biomédicos. Otros, por su parte, niegan que el mal de ojo sea una enfermedad, y aunque no saben cómo denominarlo, saben que deben acudir al curandero. Aunque como ocurre en la mayoría de los casos familiares, van con la abuela y/o la madre para que a través de la implementación de medios tradicionales se cure a los afectados.

Cabe aclarar que, si bien el tema ya era de mi interés, fue hasta que nacieron parientes cuando nuevamente observé la aflicción en madres y padres porque a sus sucesores no les *hicieran ojo*. Si bien observar a un niño que adolece del mal puede llegar a ser estresante, también lo es percibir a mamás y papás con su malestar. En especial cuando están en sus primeras experiencias — o no —, de paternidad y maternidad. Situación que los coloca en disyuntivas al no tener claridad sobre cómo resolver esas primeras dolencias, lo cual complica el escenario cuando piensan que el terapeuta de la medicina occidental tampoco puede curarlo.

En el análisis se destaca el interés en enfocarse en la prevención del mal y en el hecho de que revelar la eficacia de ciertos dispositivos y amuletos ayudaría a que, en un momento

⁶ Tiene por nombre científico *Ocimum basilicum* L. (INECOL, 2021).

determinado, los progenitores no adolecieran de sus efectos, pues no tener preocupaciones por un hijo indispuerto también es clave en la salud de los integrantes de una familia. Es importante mencionar que en las prácticas relacionadas al mal de ojo es posible observar que sí hay un sistema de autoatención que las familias representan; así como también que los conocimientos que sostienen sus prácticas son transmitidos de las abuelas a las hijas y a veces hasta las nietas, siendo esta una de las maneras en que las familias de ayer y hoy mantienen este conocimiento empírico en grupos sociales rurales y urbanos. Enfatizo en que enfocarme en la prevención no es clave en el proceso, sino que es solo una parte dentro del procedimiento de prácticas y saberes que tienen las familias con el mal de ojo.

Entre más me acerqué a mi objeto de estudio, dirigí la atención en saber por qué las familias tienen determinadas prácticas de autocuidado y de autoatención para abordar el mal de ojo. También si estas medidas están teniendo modificaciones o cambios con las practicadas por las nuevas generaciones. Cuestionamiento que implica discutir la predominancia y los alcances de las ideas que, desde la lógica de las familias, explican este fenómeno. Por lo anterior, surgieron algunos cuestionamientos: ¿cómo es posible que las miradas, halagos de personas adultas, ebrias y/o embarazadas que realizan a niños pequeños, resulten en la posibilidad de que las personas se sientan afectadas? O ¿en realidad se trata de la presencia de partículas o bacterias que aún no han sido descubiertas como emisoras de calor en el cuerpo humano para ser expelidas y absorbidas por el organismo del menor?

Aunado a lo anterior, se suma el hecho de que existe una serie de posibles significados relacionados con el mal. Muchas veces, entre familias y de forma coloquial, se habla de la “mirada caliente”, de chulear al niño, del uso de pulseras de ámbar para bebés, del ojo de venado, de “la sangre débil del niño”, de “las miradas fuertes”, así como de los signos que se presentan cuando “ese niño ya tiene ojo”.

Desde mi perspectiva existen otros componentes o elementos que subyacen a las explicaciones comunes de las familias con este tipo de mal, esta reflexión condujo a pensar en otros marcos explicativos que apuntan a tres ámbitos:

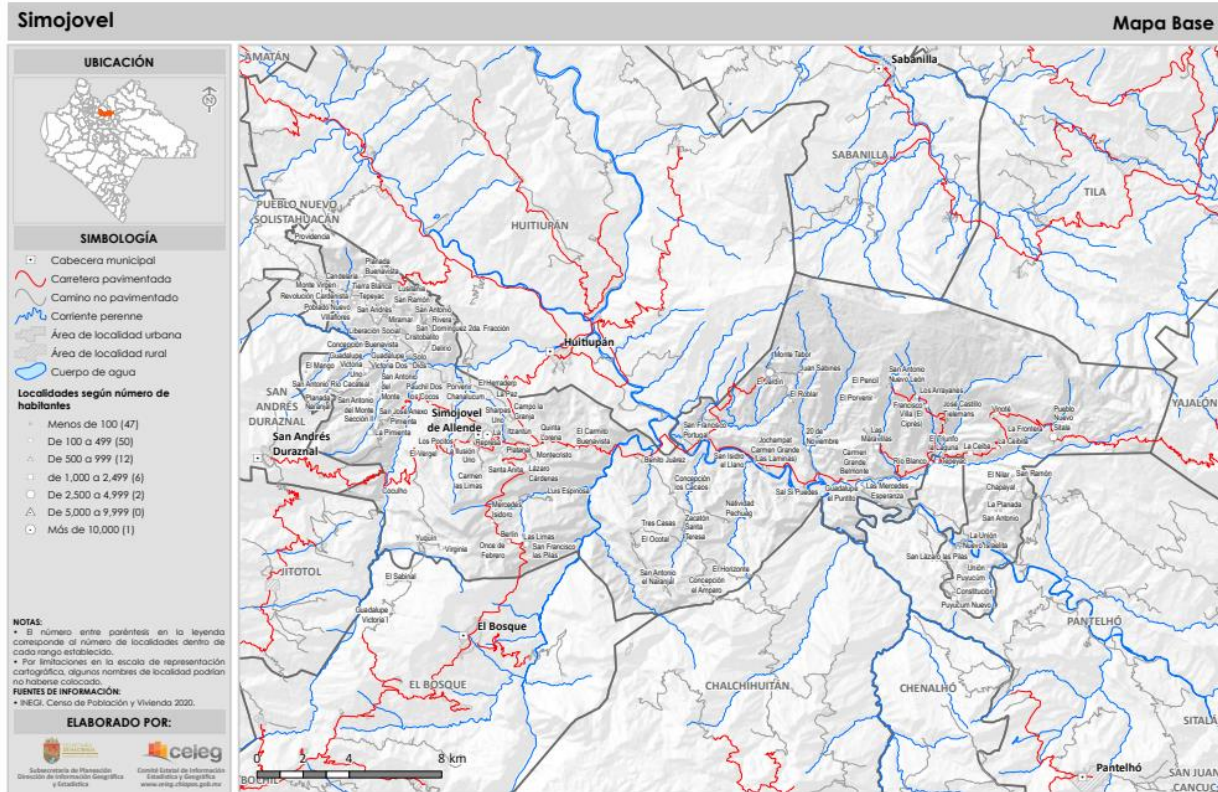
- a) Primero: conocer cómo padece una cuidadora el mal al tener un pariente afectado; lo cual implica recuperar las subjetividades que componen sus saberes, prácticas e historias familiares de autoatención.

- b) Segundo: saber, desde las intersubjetividades de otros integrantes de la familia –como las abuelas– cuáles son sus aportaciones en término de prácticas y significados, así como de procedimientos de autoatención.
- c) Tercero, ideológicamente las prácticas de autocuidado de las familias, así como las aportaciones de terapeutas involucrados en el ejercicio, están vinculadas a objetos médicos, simbólicos y religiosos. Lo que de una u otra manera incide en términos de representaciones en las narrativas de las cuidadoras en las fases de diagnóstico, tratamiento y prevención del mal de ojo. De modo que será interesante saber a nivel transubjetivo, cómo este conjunto de ideas incide en sostener la continuidad, las modificaciones o cambios en los conocimientos empíricos que se tienen del padecimiento en la medicina tradicional o popular en este municipio.

El estudio se realizó con familias mestizas⁷ residentes en la cabecera municipal de Simojovel de Allende, Chiapas (*véase mapa 1*), ya que tienen una marcada práctica de saberes para la autoatención con el mal de ojo, y también porque el municipio es un productor de resina vegetal fosilizada, que en las últimas décadas ha cobrado gran relevancia como uno de los elementos que las familias han incorporado a sus prácticas de autoatención del mal.

⁷ Es importante mencionar que en un principio se planteó el trabajo con colaboradores tsotsiles de la cabecera municipal, sin embargo, al no coincidir con las familias dado el contexto de COVID-19, se decidió no continuar el trabajo con ellas.

Mapa 1. Ubicación de Simojovel de Allende, Chiapas, México



Fuente: Perfiles Municipales. Centro de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (CEIEG). INEGI. Censo de Población y Vivienda 2020.

Elegir Simojovel de Allende como lugar para el estudio responde a que en las últimas décadas ha habido una actividad constante de las familias para incluir elementos locales para contrarrestar los efectos del ojo, los cuales (sin ser verificados científicamente por su eficiencia), han ganado relevancia dentro de las prácticas realizadas. Hago énfasis en que son experiencias vinculadas con el padecer sobre las cuales no existen descripciones y análisis.

Así pues, sirva este trabajo para documentar las imbricaciones de las prácticas, cómo se transmiten los saberes y el conocimiento empírico, y cuáles son las continuidades y los posibles cambios generados en las nuevas generaciones de las familias que enfrentan el padecimiento. Asimismo, es necesario saber cómo se incorporaron determinados elementos al trabajo terapéutico del mal de ojo: a nivel empírico en el ámbito familiar, o bien a través de la llamada medicina popular o tradicional o, incluso, desde la mercadotecnia ligada a la venta de amuletos en la región. Cabe aclarar que, basados en las creencias en torno al mal de ojo, se han integrado distintos recursos al proceso de su tratamiento. Este estudio también procura conocer el cómo se

introdujeron o se incorporaron determinados dispositivos dentro de las prácticas y conocimientos que tienen las familias.

En ese sentido, el estudio se ha formulado para responder una interrogante central, ¿Qué saberes y prácticas tienen las familias de al menos las últimas tres generaciones, y los terapeutas, en el padecimiento del mal de ojo? La pregunta está enfocada en conocer el sentido asociado del mal que las familias observan cuando tiene a sus integrantes con las afecciones. De tal forma que sea posible conocer aspectos sociales o culturales vinculados con el proceso de la vivencia del padecimiento; así como también identificar los posibles recursos empleados para enfrentarlo.

Al respecto, se plantean las siguientes preguntas específicas que ayudan a responder la pregunta central.

- ¿Qué connotaciones tiene el mal de ojo que expliquen la susceptibilidad de las personas ante el padecimiento?
- ¿Cómo viven las familias los saberes y prácticas del padecimiento?
- ¿Qué condicionantes socioculturales giran en torno al mal de ojo para que las familias tengan dentro de sus saberes?
- ¿Cuáles son los recursos terapéuticos que utilizan las familias en la representación de la práctica del padecimiento del mal de ojo?

Por su parte, el objetivo principal es describir y analizar las prácticas y saberes que realizan tres generaciones de familias y terapeutas locales en torno al padecimiento en Simojovel de Allende, Chiapas. El estudio reflexiona en torno a la relación de los elementos que construyen y representan el padecimiento en las familias. Se trata de recuperar las experiencias del padecer que tienen las madres cuidadoras y los terapeutas en el proceso de diagnóstico, tratamiento y prevención del mal; incluso los diversos recursos terapéuticos que por su uso y sus significados permiten explicar sus funciones y representaciones dentro de las prácticas y los saberes de las familias con el mal de ojo.

Al respecto, los objetivos específicos que acompañan este trabajo son:

- Determinar qué elementos construyen la susceptibilidad de las personas frente al padecimiento.
- Identificar y describir las vivencias que tienen las familias con el padecimiento.

- Analizar el contexto sociocultural de las familias y los significados que tiene el mal de ojo frente a los recursos y/o dispositivos terapéuticos utilizados en el proceso de salud del padecimiento.
- Identificar las funciones que tienen los recursos terapéuticos en las prácticas de autoatención que realizan las familias frente al padecimiento.

La hipótesis por defender es que:

En las prácticas y saberes que tienen familias de tres generaciones para tratar al mal de ojo, hay una visión compartida respecto a que el mal no es una enfermedad sino un padecer que se sostiene a nivel subjetivo e intersubjetivo. Su atención es a través de prácticas de autocuidado que realizan principalmente las madres y abuelas, cuyos conocimientos empíricos tienen su base en el devenir histórico de madres y abuelas, pues muchas de ellas conocieron la existencia del mal y su atención desde infantes por parte de las cuidadoras. Así, poseen diversas experiencias de autocuidado y percepciones de la dolencia desarrolladas al sentir la aflicción al atender a un hijo afectado. Esto les permite no solo concretar los saberes y significados del mal mediante la transmisión oral y la práctica correspondiente, sino también incluir o adaptar ideologías de corte transubjetivo, las cuales se suman a la idea de agregar otros procedimientos terapéuticos compartidos “de boca en boca” de los colectivos sociales.

Este estudio se estructura en seis capítulos. El capítulo uno recupera trabajos relacionados con el mal de ojo en distintas geografías del mundo, incluyendo México. Estudios que dan cuenta de una serie de características y enfoques de abordaje del fenómeno, así como de algunas visiones que tiene la población en las zonas rurales y urbanas sobre este mal. Desde distintas miradas la literatura documenta las causalidades, el diagnóstico, el tratamiento y su prevención con base en las experiencias de la población que lo padece y de los interesados en documentarlo, logrando así generar algunas caracterizaciones del fenómeno. Sin embargo, poco ha trascendido su abordaje como padecimiento en las interacciones sociales que genera la dolencia al interior de las familias, abordaje que permite comprender que tiene un papel social en las relaciones y salud de cada familia y a nivel de las colectividades.

El capítulo dos incluye el marco teórico metodológico. Se argumenta la problemática de estudio del padecimiento en la zona propuesta. El estudio se realizó bajo la revisión de cuatro conceptos teóricos: autoatención (Menéndez, 2003), familia (Menéndez, 2018), y de enfermedad

– padecimiento (Kleinman, 1988). Siendo esta última referencia importante para considerar las aportaciones de la tríada: *disease, illness y sickness* en el fenómeno de estudio. Esta discusión ha sido necesaria para reflexionar en torno al contexto del padecimiento del mal de ojo a nivel familiar. El cuarto concepto es el de representación social (Moscovici, 1979), que permite identificar cómo están tejidas las prácticas y saberes en las colectividades, y qué de ese mosaico incide para el sostenimiento social de las prácticas de autoatención en las familias. Por un lado, la revisión “aplicada” del conjunto de conceptos ayudará a explicar el desarrollo de las prácticas y saberes que tienen las familias con el padecimiento. Por otro, permitirá conocer cómo estas se imbrican en los ámbitos de la autoatención en cada una de las tres generaciones de familias; ámbitos analizados desde las tres esferas de pertenencia de las representaciones sociales: subjetiva, intersubjetiva y transubjetiva, como propone Denisse Jodelet (2008). También se exponen las consideraciones metodológicas realizadas para el acercamiento y desarrollo del estudio con los actores participantes. Se partió del enfoque etnográfico dialógico como medio para la cercanía y el contacto con los actores: nueve líderes de familias y dos terapeutas locales, quienes aportaron información para el estudio.

Por otra parte, se trabajó en historias de vida que permitieron recuperar las experiencias vividas de los participantes con el padecimiento. Agrupando así las visiones que tienen las madres sobre sus prácticas, saberes, uso de dispositivos, significados, diagnósticos, tratamientos y prevención del mal de ojo. Lo anterior mediante un manejo deductivo-inductivo, ordenado y analítico de los datos, lo cual facilitó su procesamiento para la presentación de los resultados.

El capítulo tres describe cómo están estructurados los grupos familiares que forman parte del estudio, con énfasis en cómo están tejidas las relaciones a nivel intrafamiliar, lo cual deja ver la existencia tanto de relaciones distantes y de conflicto como también de alianzas que favorecen la conexión directa entre los líderes de cada generación familiar. Asimismo, se abordan las distintas vías por las que algunas mujeres han aprendido a conocer, saber y reflexionar sobre los significados que puede tener el padecimiento, no solo a partir de su rol como cuidadoras – cuando fueron madres–sino también desde su infancia.

El capítulo cuatro explora las diversas maneras en que cada generación ha aprendido a elaborar el diagnóstico y el tratamiento de curación; así como las medidas preventivas adoptadas. Con frecuencia ocurre que las enseñanzas y aprendizajes son transmitidas oralmente por las

personas de mayor edad y con habilidades de curación. En otras historias los conocimientos son compartidos anecdóticamente en las colectividades familiares y en ambos casos estas vivencias fueron caracterizadas para su análisis mediante la adaptación metodológica referida a la historia biopsicosocial y cultural del padecimiento. El ejercicio ha permitido agruparlas para identificar las coincidencias y diferencias de cada una de las generaciones y grupos familiares en materia de cuidados. De tal forma que esto permite destacar los cambios y las continuidades que se generan en las tres generaciones familiares abordadas.

El capítulo cinco describe cómo dos terapeutas de la biomedicina y de la medicina tradicional abordan el padecimiento, esto en cuanto a saberes, significados, diagnósticos, tratamientos y prevención. En este sentido, no se trató solo de plasmar sus prácticas relativas al padecimiento sino de destacar sus visiones en torno al mal de ojo y las formas de transmitir oralmente los conocimientos empíricos.

Finalmente, las conclusiones del estudio están orientadas a comprender los factores que inciden en la consistencia del conocimiento de las prácticas y saberes del padecimiento, así como las experiencias intergeneracionales basadas en la mezcla de los saberes de las familias y de los terapeutas. Narrativas que se suman a las maneras de representar socialmente al padecimiento desde el colectivo social. Este panorama sirve para reflexionar sobre las condiciones que permiten la continuidad, los cambios, las modificaciones y las imbricaciones en torno al mal de ojo. Al final se presenta una serie de recomendaciones sobre el mal de ojo y la medicina tradicional en las prácticas de autocuidado de la población.

Capítulo 1

El mal de ojo en México

El mal de ojo, como tema de atención a la salud en las familias, ha sido objeto de estudio de las Ciencias Sociales, siendo la Antropología médica una de las disciplinas que más interés ha mostrado en explicarlo principalmente como una enfermedad, y en menores casos como un padecimiento presente en el sistema de la medicina tradicional de los pueblos étnicos en México y en otras sociedades del mundo (Villa Rojas, 1982; Mellado, *et al.*, 1994; Idoyaga y Gancedo, 2014; Mosquera, 2002). Entendiéndose que, de cierta forma, el enfoque biomédico ha permeado fuertemente las visiones de especialistas en Antropología de al menos los últimos treinta años.

Para los estudiosos del tema, los orígenes históricos del mal de ojo o también llamado “aojo” como sucede en Europa, se encuentran en la región de Medio Oriente, en la costa del Mediterráneo y el territorio del Egeo (Alvar, 2010; Salvador, 2017). Para estos autores es desde los siglos XV y XVI cuando el mal de ojo empezó a ser objeto de interés de los teólogos cristianos de Europa, quienes buscaban comprender la composición del mal y a su vez, saber si era producto de actos mágicos que podían estar relacionados con la hechicería.

En el trabajo de Fernández *et al.*, (2014) se reitera que, desde aquellos siglos, o incluso antes, ya se consideraba al mal de ojo como una enfermedad presente entre las culturas egipcias, judías, mesopotámicas y otras de esa región. Se pensaba que una persona adulta podía producir el mal a través de su mirada, esto como resultado de la envidia que podía sentir hacia otra, por esta razón el uso de tratamientos y de amuletos era recurrente entre esas sociedades y las posteriores. Asimismo, recalca que, en décadas recientes, la Antropología y la Medicina no solo lograron clasificarlo como un síndrome cultural, sino que también se han sumado investigadores como Maloney (1976), Foster (1994) y Villa Rojas (1982) interesados en investigarlo.

En este sentido, Fernández *et al.*, (2014) menciona que, si bien el mal de ojo está presente en varios continentes, no se debe universalizar ya que dependiendo del contexto social la enfermedad ocupa características culturales específicas. En ese sentido, él considera que el mal de ojo estuvo presente en la llamada medicina primitiva porque se le ubicó como una enfermedad “desde adentro” o sobrenatural debido a los aspectos mágicos y de hechicería que formaban parte de su etiología. De igual forma menciona que dentro de la llamada medicina popular el mal de ojo es una enfermedad “desde afuera” o “específica”. Y aunque el autor no precisa las implicaciones de la denominación, al menos deja ver que responde a una serie de conocimientos empíricos y de

procedimientos curativos que siguen presentes en los terapeutas y en otras personas dedicadas a tratar el fenómeno en infantes y adultos.

En *El mal de ojo en la cultura popular asturiana* cuyo análisis está situado en España,⁸ identifica como causalidades vinculadas al mal las relacionadas con la envidia y la venganza. Esto en referencia al *ojo mefítico* de quien con su mirada condiciona el desarrollo del padecimiento a otros. El autor señala que los tratamientos están asociados a la realización de ceremonias cristianas con santos católicos y que en el proceso ritual incluyen a la persona “ojeada” y al “ojeador” en cuestión, esto para que este último tenga un segundo rol, que es el de curador. Otras formas de diversificar las curaciones están relacionadas con la intervención del sacerdote para bendecir al afectado y celebrar actos religiosos que van desde misas católicas, hasta un procedimiento en que el terapeuta tensaba hilos midiendo la longitud de los brazos abiertos y de la cabeza hasta los pies, acto que realizaba al menos nueve veces y, por cada uno rezaba y cortaba el hilo en trozos, colocándolos en forma de cruces para después quemarlos todos.

Por último, en lo referente a la prevención, o profilaxis como la denomina el autor, está la práctica relacionada con cubrir el cuerpo de los niños con ropas y priorizar que el menor no sea visto por ojeadores previamente identificados. Otro recurso es la colocación de objetos que cuelguen del cuello del niño, como es “el trébol de hojas, la asta del unicornio, los santos evangelios en miniatura y la medalla de San Benito” (Fernández, *et al.*, 2014: 75).

Por su parte, Domínguez (2007) ha observado el tema como una creencia basada en supersticiones relacionadas con la posibilidad de enfermar a una persona. Ideas con amplia presencia entre la población judía, árabe y cristiana dispersa en Europa, así como en otras regiones del Medio Oriente y otras partes del mundo. De hecho, en su trabajo documenta una serie de leyendas y novelas que se han escrito en España e Irlanda para advertir sobre la importancia que tiene el mal de ojo en las creencias de la población urbana y rural; así pues, su uso social apunta a

⁸ El autor refiere que la etiología del mal de ojo está relacionada con el *ojo mefítico*, en referencia a las personas que tienen la capacidad de enfermar a otras con su mirada y a la existencia de una sociedad desigual, donde la envidia es un factor importante para la acción de la venganza del “ojeador” contra determinada persona (Fernández, *et al.*, 2014). Esta idea de la envidia se convierte en elemento adjunto a las características implícitas de quien sea considerado como el agente causal, e implica también la idea de la superstición. Visión que buscan encontrar algunos autores relacionados con el tema en Europa y otras regiones aledañas (Alvar, 2006, 2010; Paz-Torres, 2017 y Salvador, 2017). También están otros autores relacionados con el tema en América Latina (Villa Rojas, 1982; Foster, 1994; Idoyaga, 2013; Gracia, 2015).

una manera de dominar a otros a través del poder y la fuerza de la mirada.⁹ En parte esa caracterización está relacionada con las versiones sobre la transmisión del mal: a través de las miradas fuertes y de calor provenientes de personas enérgicas que, en su interacción con otros, pueden tener, o no, la intención de hacer daño a la persona susceptible al “aojo”. Si bien siguió sin ser reconocido en los avances de la medicina de los siglos posteriores, sí permaneció en los conocimientos empíricos de las prácticas de atención y autoatención en las familias.

De acuerdo con Idoyaga (2013) el origen de la dolencia llamada mal de ojo no es clara, puesto que a la llegada de los conquistadores españoles al Nuevo Mundo estos ya traían conocimientos relacionados con el mal, los cuales quizá se mezclaron con el llamado “mal aire” presente en las prácticas de salud de algunos pueblos mesoamericanos. De ahí que la confusión siga despertando sospechas sobre su origen en América y México.

Por su parte, Alfredo López Austin –un historiador reconocido en la antropología médica– se suma a las sospechas sobre todo para advertir que hay elementos importantes para suponer que en las sociedades prehispánicas ya existía una enfermedad relacionada con el poder de la mirada. Al respecto, dice:

Existe fuerte duda de si algunos principios rectores del pensamiento médico indígena contemporáneo derivan del pensamiento europeo, o si surgieron en tierras americanas en virtud de una coincidencia de procesos mentales ante condiciones semejantes, o si por caminos distintos el mundo occidental y el americano recibieron de Asia un antiguo legado. Corremos el riesgo tanto de atribuir creencias actuales a la época mesoamericana, cuando su origen es europeo, como el rechazar por considerarlas europeas entre otras que pudieron haber sido de suma importancia antes de la conquista. Como ejemplo de grave duda cito el mal de ojo, que es uno de los peligros sobrenaturales que más preocupan a las madres indígenas en buena parte del continente (López, 1993:16).

Como puede verse, es posible pensar que la enfermedad y las ideas sobre las que se sustenta el mal de ojo “europeo”, pudieron ser complementadas con malestares similares encontrados en los pueblos del nuevo continente. Sin embargo, para especialistas como López Austin (1993), hay condiciones que pueden marcar la diferencia sobre esta dualidad. Y es que esta se encuentra relacionada con “el origen y la difusión de las ideas médicas indígenas. Entre las centrales del México actual destaca, sin duda alguna, la de la calidad fría o caliente de las enfermedades, los

⁹ Algunas son leyendas inspiradas en el poder de la vista para ganar batallas, así como oraciones religiosas para advertir y no ser afectado por personas con esas características en los ojos. De hecho, también existe una serie de productos que se comercializan con fines de protección de las miradas de otros (Domínguez, 2007), por ejemplo: amuletos y pulseras con imágenes del ojo turco y otras religiosas, para el caso de Europa. En México, las más conocidas son las pulseras y aretes de ojo de venado (algunos tienen sobrepuestas imágenes religiosas), e hilos rojos.

medicamentos y los alimentos” (López, 1993:17). Clasificación que está presente cuando se hace referencia al mal de ojo en México y en algunas regiones indígenas y mestizas de América, donde es reconocido como un mal de tipo caliente.

De hecho, entre los nahuas, chatinos y huaves (Mellado *et al.*, 1994) persiste la idea de que el mal de ojo es caliente, por lo que los remedios empleados para la curación también deben tener esa característica. Esta clasificación de frío-caliente marca una singularidad en la caracterización de la dolencia para advertir que sí existe un tipo de mal de ojo sostenido por las prácticas de la medicina tradicional ¹⁰ de grupos indígenas y mestizos en zonas urbanas y rurales.

Otros interesados en el tema se han centrado en las causas de la emisión de calor a través de la mirada de una persona adulta a un infante. Desde la Etnografía y la Antropología médica estos estudios, sin incidir en la relación de equilibrios y dualidades de las cosmovisiones como elementos de análisis para ir a las causas de la dolencia, sí han explorado cómo se hace el diagnóstico (Mellado, *et al.*, 1994) y se trata el mal de ojo en el ámbito de las familias, tal y como sucede en los trabajos sobre los saberes materno-infantiles en el Estado de México (Osorio, 2001) o sobre la población maya en Guatemala (Mosquera, 2002).

Cabe señalar que en México hay pocos esfuerzos por ubicar al mal de ojo como un padecimiento de tipo sociocultural (Bembibre, 2009) ya que en general se le ha revisado como una enfermedad que vista desde el enfoque de la biomedicina se ha convertido en un mecanismo puntual cuya existencia se reconoce cuando tiene evidencia de la alteración de la funcionalidad orgánica del cuerpo por factores patógenos relacionados con la presencia de virus y bacterias, en los términos en que el enfoque lo expone. De hecho, es esta perspectiva apoyada en recursos de la psiquiatría la que denomina al mal de ojo, el susto, etcétera, como síndromes de filiación cultural.

Cabe mencionar que la llegada de una epidemiología sociocultural (Hersch-Martínez, *et al.*, 1993; Urióstegui, 2015), ayudó a posicionar este tipo de males como objeto de estudio en trabajos antropológicos interesados en los procesos de salud en la medicina indígena. Sin embargo, esta perspectiva sigue tratando a esos males como enfermedad reduciendo el espectro social y

¹⁰ Cabe aclarar que actualmente los factores de comunicación, migración y mercado en tiempos de globalización han incidido para que, en estas regiones de América, también se promuevan instrumentos como amuletos en color rojo para prevenir el mal de ojo. También ocurren prácticas similares en distintas regiones de Europa (Paz- Torres, 2017; Gracia, 2015).

simbólico de las implicaciones de estos males cuando no se les revisa como padecimientos focalizados por sus condicionantes socioculturales.

Por su parte, en su trabajo con los mayas en Guatemala Peretti (2010) acentúa su postura respecto a ver estos males como enfermedades culturales. Esto por las características socioculturales propias dadas las singularidades de los procesos históricos, cognitivos, interpretativos y de instrumentos que la población utiliza para abordarlas, por tal motivo no está de acuerdo en denominarlas síndromes de filiación cultural, como las cataloga la perspectiva epidemiológica, porque de alguna manera quienes lo hacen continúan imbuidos en enfoques de la biomedicina y, en consecuencia, cargan consigo la clasificación de síndrome en busca de diversas patologías en estos males.

Ante esas posiciones se revela la insuficiencia de herramientas metodológicas y conceptuales que permitan abordar estos males como padecimientos. Desde mi perspectiva, es relevante recuperar las experiencias y vivencias no solo del afectado, sino también de quien lo cuida y atiende, porque son ellos los constructores de conocimientos empíricos. En este sentido, no debe verse a los terapeutas tradicionales como los únicos con conocimientos y habilidades para enfrentar un mal con esas características (susto, mal de ojo, etcétera) pues continuar con esa postura implica negar o invisibilizar las aportaciones, tanto en saberes como en prácticas de autoatención, que realizan determinados integrantes en las familias.

En este sentido, en trabajos documentados por Mellado *et al.*, (1994) y Rangel (2017), se sabe que, desde las experiencias relatadas por madres de familia y terapeutas, el mal de ojo sí afecta la condición orgánica de los cuerpos de niños, principalmente por cambios bruscos en su temperatura, además de diarrea, llanto, etc., sin embargo desde la perspectiva de la medicina occidental estas manifestaciones y sintomatología orientan a clasificarle como diarrea, virus estomacal, infección respiratoria, entre otras, aunque a veces sin éxito alguno con los tratamientos de antibióticos y antipiréticos ya que, según la *vox populi*, es al iniciar los remedios y prácticas desde la medicina tradicional cuando se logra erradicar el mal de ojo y el enfermo presenta mejoría.

¿Qué se entiende por mal de ojo?

De manera genérica se entiende que el padecimiento es parte de las creencias populares de quienes lo consideran una amenaza a la salud de hijas e hijos pequeños, dado que pueden sufrir daños en

sus cuerpos y su vida se pone en riesgo. Por eso se piensa que es una superstición que está asociada a lo sobrenatural que generan algunas personas, y que usan para enfermar a otras. Por ejemplo, Paz-Torres (2017) señala que el mal ojo, considerado una creencia popular, también es conocido como “aojamiento”, principalmente en España, y es de amplia práctica en sociedades rurales y urbanas de Europa y México. De hecho, su trabajo sobre el mal de ojo y hechicerías,¹¹ demuestra que el padecimiento sigue vigente.

Por otra parte, Colin Ross, al hablar del mal de ojo – aunque sin dejar claro si lo aborda como una enfermedad o padecimiento— plantea que la idea de la transmisión de energía de una persona a otra (como una de las características centrales en las causalidades del mal de ojo) es comprobable desde la perspectiva de la teoría de campos de energía humana (Ross, 2011); el autor infiere que es posible demostrar la emisión de ondas electromagnéticas a través de los ojos cuando una persona observa con cierta atención a otra. Sin embargo, los resultados de este planteamiento aún siguen en estudio.

Por su parte, en *Medicina Tradicional de los Pueblos Indígenas de México*, Virginia Mellado *et al.*, (1994) dice que se cree que el mal de ojo es un padecimiento antiguo que ha estado por siglos en distintas prácticas del cuidado de la salud en los grupos sociales de México. De hecho, menciona que los cuicatecos, chatinos, mayas, huicholes y chocholtecos lo consideran peligroso para la salud de sus hijos (Mellado *et al.*, 1994) y en varios de los casos descritos se dice que ha sido uno de los principales males que han provocado la muerte de niños.

En general, también se piensa que el padecimiento está relacionado con la idea de generar daños a las personas que son envidiadas por otras, quienes pueden ser cercanas o conocidas de la familia afectada. De hecho, existe la idea de que personas adultas sin relación alguna con la familia del menor afectado, pueden transmitirlo y complicar el estado de salud del menor.

En un trabajo reciente, Campos (2019) encuentra que en ciudades tan cosmopolitas como la Ciudad de México el padecimiento sigue vigente, así como también males como el susto y el empacho. Para él, es la reproducción social de saberes generacionales, junto a la migración de familias de zonas rurales a las ciudades, una de las condicionantes para que este fenómeno se afiance en las prácticas de cuidado y atención que tienen las familias para tratar las dolencias.

¹¹ Hizo una revisión de casos de mal de ojo en México y España en el periodo 2011-2015 (Paz-Torrez, 2017).

1.1. Factores causales del mal de ojo

Según la *vox populi*, el mal de ojo puede ser transmitido tanto por las miradas de calor que adultos sobrios realizan a los menores como también por personas en estado de ebriedad. Según Mata, Pérez y Reyes (2018:32), la “mirada fuerte de personas adultas que atraviesan peculiares estados corporales y/o anímicos como las embarazadas, borrachos, vagabundos e individuos envidiosos o iracundos”, tiene la capacidad de transmitir el calor que enferma a los niños. Por su parte, Mellado *et al.*, (1994) recupera la idea del calor transmitido por la mirada de un adulto que envidia a otro, o que muestra su entusiasmo por un niño; así, la atracción que un adulto manifiesta sobre un niño implica que el menor pueda resultar afectado.

Por su parte, Esther Hermitte (1970) en su estudio realizado en Pinola,¹² Chiapas, nombra al mal de ojo como una enfermedad que tiene presencia y afecciones individuales en población infantil. Si bien no especifica que solo se presente en menores de cero a diez años del género masculino, se entiende que hace referencia a niñas, niños y recién nacidos en ese rango de edad. En su etnografía plantea que la enfermedad tiene implicaciones de control social, ya que no solo se trata de que las familias generen determinadas maneras de conducirse frente a otros actores de la comunidad, sino también que se eviten fricciones entre sí. Sin embargo, esa necesidad de las familias por no entrar en altercados con otras personas —sin importar sus roles sociales—, hace que se muestren vigilantes en la comunidad; por ejemplo, observan y marcan distancia con personas que tienen “ojos calientes” porque a la vista de las familias, según recoge la autora, son consideradas los agentes causales de la enfermedad.

Como puede verse, la idea de las enfermedades como parte del control social sigue vigente pues, a su vez, intentan ser mecanismos de armonía social en la comunidad. Lo interesante de estas posturas es no limitarse a estas conclusiones, sino encontrar nuevos hallazgos a partir de los procesos cognitivos de interacción social con los actores involucrados, esto desde una perspectiva más social, vivencial y simbólica sobre aquello que subyace a ese primer entendimiento de la idea de control social relacionada con los padecimientos.

Por su parte, en su texto sobre el mal de ojo entre los nahuas de Puebla, Villalobos (2001) plantea que su principal interés para acercarse a estudiar este mal, que denomina entidad mórbida

¹² Actualmente es la cabecera del municipio de Las Rosas, Chiapas.

tradicional, no fueron las implicaciones del diagnóstico y tratamientos del padecimiento pues, según revela, esta perspectiva ha sido tratada en un gran número de trabajos. Lo que él destaca de su acercamiento con el tema, es que consideró de vital importancia enfocarse en las afectaciones y el significado del agente causal del mal de ojo en las relaciones familiares. Toda vez que la mayor parte de los estudios no profundizan en el papel del “ojeador” en el campo de las relaciones sociales de los involucrados con el mal de ojo.

Incidir en esta perspectiva de estudio con familias nahuas le sirvió para observar que en este caso los llamados “ojeadores” no eran personas ajenas a las familias con casos de mal de ojo en sus hijos. Sino que, en términos de las relaciones de parentesco, los identificados ocuparon roles de hermanas, cuñados y tíos del padre o madre del niño afectado, y muchas veces el “ojeador o la ojeadora” se enojaba¹³ con algunos de los hijos de sus familiares. O en su caso, dicha persona mostraba mucho o poco afecto por el menor en cuestión. Dado lo anterior, Villalobos (2001) no duda en advertir que el mal de ojo tiene una función social reguladora de las relaciones en las familias, ya que los agentes causales no son excluidos del círculo familiar, como se llegaría a pensar por un asunto de estigma social; más bien son las madres y padres del menor, e incluso el “ojeador”, quienes se organizan para mejorar sus capacidades de autoatención en el padecimiento. Para el autor, el agente causal representa ser alguien que mitiga, distiende y equilibra las relaciones al interior de las familias. Sin embargo, no se sabe si también tiene implicaciones en el equilibrio social de las relaciones en el contexto de la comunidad.

Otros abordajes sobre el mal de ojo coinciden en ideas sobre sus causalidades y en la ausencia de explicaciones profundas que indiquen el cómo ocurre la trasmisión de calor en el cuerpo del menor. Tampoco se ha profundizado en el análisis de las causas que hacen susceptible a los menores al mal, ya que de forma general se señala que este es originado por la “inocencia”, la “sangre débil”, la “corta edad”, o la “sangre dulce”. Sin embargo, tampoco se han revisado las ideas que subyacen a esos significados, y cómo estos están representados en las prácticas y los saberes de las familias y la comunidad al participar de manera diferenciada y social en los procesos del autocuidado frente al padecimiento.

¹³ Por ejemplo, por la disputa de algunos bienes entre familiares la persona señalada mostraba su descontento, ira y desacuerdo en algunas situaciones.

En este sentido, un tema pendiente es explorar las causales del padecimiento del mal del ojo, las prácticas, los rituales, así como los significados inherentes al manejo que, arropadas en la medicina tradicional, hacen las familias para el tratamiento y protección. Los conocimientos y las prácticas de autoatención en las que se involucran las cuidadoras en las familias favorecen el espectro de la medicina tradicional, la cual es practicada por madres y abuelas desde casa. Así, lo que se tiene claro es que el mal de ojo es un padecimiento reconocido por colectivos sociales y que sus causalidades están relacionadas con la cosmovisión y con prácticas médicas que consideran las formas de transmisión, síntomas y tratamientos para su sanación (Osorio, 2001).

1.2.Síntomas

En los menores identificados en distintos pueblos originarios (Mellado *et al.*, 1994) los síntomas están asociados al calor en el cuerpo,¹⁴ falta de apetito, estado de malestar, deshidratación y diarreas, así pues, al mal del ojo se le clasifica como un padecimiento de tipo caliente¹⁵ (Lorente, 2014), que afecta el equilibrio con lo frío en el cuerpo de la persona.

Por su parte, Hermitte (1970) encuentra que algunos de los síntomas que enfrentan los menores son vómito e hinchazón en alguna parte del cuerpo. Siendo relevante este último síntoma dado que, en las descripciones documentadas por Virginia Mellado *et al.*, (1994) con diversos grupos étnicos en México (como los chichimecas del estado de Zacatecas y los mayas del estado de Yucatán) no se presenta esa señal, en cambio sí documenta la presencia otro signo poco común: la disminución del tamaño de los ojos en los niños afectados

En ese sentido, Villalobos (2001) encuentra que son los menores, desde recién nacidos hasta los cinco años, quienes suelen presentar síntomas relacionados con la irritabilidad, el no dormir, llanto y presencia de temperatura alta. Signos que la medicina occidental entiende como parte del síndrome febril generado porque los infantes están en una supuesta condición de “problemas carenciales, desnutrición, infecciones del tracto digestivo y respiratorio y toda una variedad de parasitosis que van desde ascariasis hasta tripanosomiasis” (Villalobos, 2001: 6). Al respecto, el autor considera que condiciones como estas son posibles en los pacientes con esos padecimientos sintomáticos, sin que por esto se piense que deben ser una condición en quienes

¹⁴ Entiéndase como temperatura alta la que sobrepasa los 38° en la persona enferma.

¹⁵ El mal de ojo genera un sobrecalentamiento en el cuerpo de la persona, el cual desequilibra el organismo, por eso tiene sentido que los terapeutas usen yerbas y/o huevo para que absorban el calor y se recupere el equilibrio térmico de la persona.

están expuestos al mal de ojo. Sin embargo, considera también que esto no se reduce a un asunto infeccioso en los menores afectados; al contrario, manifiesta que “el mal de ojo es mucho más amplio de lo que se puede expresar y contener cualquiera de las entidades nosográficas de la medicina alopática capaz de provocar el síndrome” (Villalobos, 2001: 6).

En este sentido, debe recordarse que hasta la fecha no hay evidencias de la presencia de patologías infecciosas en menores con el mal, porque la posición que enfrentan los pacientes no es de una reacción de síndrome febril. En todo caso, los niños con mal de ojo que presentan “calor, calentura”, presentan febrícula, como lo abordaremos en los capítulos correspondientes.

Por último, otros síntomas identificados son el continuo lloriqueo, vómitos y náuseas en el doliente, condiciones que en ocasiones complican el estado de salud y aumentan el riesgo por deshidratación, todo esto coloca en estado de aflicción a madres y padres dada la serie de ideas y suposiciones en torno a que el mal de ojo solo puede ser curado por terapeutas y que es rechazado para su tratamiento por parte del personal médico que ejerce en la biomedicina, quienes no lo reconocen como parte de la clasificación de padecimientos dentro de su formación profesional.

1.3.Tratamiento

De manera general, las prácticas y conocimientos que las familias han desarrollado en torno al mal de ojo, les permiten observar los síntomas del padecimiento en sus hijos e hijas y actuar de inmediato, ya sea llevándolos con un terapeuta tradicional o recurriendo a las ancianas de la familia quienes, por sus experiencias con esta clase de dolencias, son idóneas para sanar al afectado.

También se tienen descripciones de estudios realizados en Chiapas desde mediados del siglo pasado (Villa Rojas, 1982), los cuales hacen hincapié en caracterizar y describir la afectación en los menores de edad. De hecho, Hermitte (1970) menciona que entre la población tsotsil y mestiza de Pinola, en el tratamiento “un niño que ya tiene mal de ojo puede curarse mediante la aplicación de una fritura hecha con aceite de ruda¹⁶ y chile, con la que se le dan friegas en todo el cuerpo; después se echa la pócima al fuego. Esto último es necesario para devolver la enfermedad al agente causal” (Hermitte, 1970:76). Esta recomendación es interesante pues difiere de otros trabajos al sugerir que debe enfermarse quien ocasionó el malestar del niño. Dejando ver que, en

¹⁶ Tiene por nombre científico *Ruta graveolens* L. *Rutaceae* (Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana, 2009).

el fondo de las relaciones e interacciones sociales de los actores involucrados, en este caso las familias, existen fricciones y conflictos. Siendo este un escenario que explica por qué la autora argumenta que en sociedades rurales como la mencionada las enfermedades son mecanismos de control social.

Por otra parte, debido a sus características al mal del ojo en Pinola se le clasifica como un padecimiento caliente y su terapéutica va orientada a contrarrestar su naturaleza por medio de tratamientos fríos, acompañados de rituales de limpias y rezos que reconfortan al afectado y la familia. Como también sucede en otros pueblos mencionados por Mellado *et al.*, (1994). En casi todos los casos, la familia y los terapeutas tradicionales participan en el diagnóstico y en el tratamiento de curación mediante limpias realizadas por curanderos, quienes vinculan el padecimiento con actos de “maldad” para dañar a los menores a través de las miradas de calor de los adultos (Lorente, 2014).

En cuanto a las limpias,¹⁷ Lorente (2014) menciona que entre los nahuas del Estado de México se usa romero¹⁸ y huevo de gallina para la cura del mal de ojo. En San Luis Potosí cambian el uso de la planta por ramas del árbol de pirul¹⁹ (Rangel, 2017); y en otras zonas como Oaxaca, Puebla y Zacatecas, aparte de emplear dichas plantas a veces utilizan la albahaca y la ruda²⁰ (Mellado *et al.*, 1994), para el proceso de curación. En todos los casos los elementos mencionados son considerados como de origen “frío, fresco”²¹ que sirven para absorber el calor en quienes fueron diagnosticados con mal de ojo.

De hecho, Serrano, Guerrero y Serrano (2011) mencionan el empleo de animales para tratar y curar dolencias socioculturales e identifican que el mal de ojo también está presente en las prácticas de salud de familias tsotsiles de Venustiano Carranza, y tojolabales de Las Margaritas,

¹⁷ Considérese que las “limpias” son prácticas curativas que históricamente han formado parte de las técnicas usadas por curanderos para tratar a los enfermos. Recurso que se ha socializado entre las personas de mayor de edad para ayudar en la curación de sus menores enfermos. Por lo general, los elementos que utilizan en las limpias incluyen un huevo, un vaso de agua, albahaca o ruda y una serie de rezos y oraciones vinculados a la religión católica.

¹⁸ El romero tiene por nombre científico *Rosmarinus officinalis* L. También se usa como condimento para la preparación de comidas.

¹⁹ El pirul (*Schinus molle*) es un árbol grande perteneciente a la familia *Anacardiaceae*, según lo registra la Comisión Nacional para el Conocimiento y uso de la Biodiversidad (CONABIO, 2010).

²⁰ Tiene por nombre científico *Ruta graveolens* L. y pertenece a la familia *Rutaceae* (CONABIO, 2010).

²¹ La idea de “frío, fresco”, contrario a lo “caliente” está muy arraigada en el discurso de terapeutas y personas mayores de las familias como una manera de clasificar el origen de los males socioculturales.

Chiapas, donde se señala que se hace uso de la gallina negra²² como elemento de curación del padecimiento.

De igual forma, Mellado, *et al.*, (1994) documenta que entre los motozintlecos el mal de ojo, también llamado “ojo”, presenta una segunda variante relacionada con el estado de ebriedad del agente causal. En ambas condiciones, sobrio o ebrio, se afecta a los niños pequeños pues se considera que por su corta edad tienen la sangre débil frente al adulto, que es de sangre fuerte. De hecho, Velasco (2007) recupera el testimonio de un motozintleco²³ sobre la presencia del “ojo” en una niña, así como lo realizado por la familia en los cuidados de la menor:

Tengo una hermanita... que cuando tenía ocho meses se enfermó... la abrazó mi tía, se la pidió a mi mamá... mi tía tiene un lunar en el ojo y nosotros decimos que cuando alguien es así lo corta la masa cuando lo están haciendo para tamal de lo que sea... después de una hora [...] mi hermanita se empezó a sentir mal con calentura, disentería lo que se llama como “el ojo”, mi hermanita inició grave y grave [...] la internaron en el seguro [IMSS]²⁴ el doctor dijo que probablemente iba a morir y mi mamá desesperada, llegó mi abuelo lo hizo con dos pulseras de ámbar para sus dos nietas... una de ellas era mi hermana... así que mi abuelo le puso su pulsera de ámbar a mi hermanita... como a la hora mi hermanita ya no tenía calentura y dejó de tener disentería... como si le hubiera caído algo encima... como si algo poderoso... o algo supremo... ya la abrazaba cualquiera, después vimos que la pulsera tiene varias piedras y tenía como cuatro ya venteadas por dentro... mi mamá les dijo a varias señoras que usaran ámbar para sus hijos...yo sí creo en el efecto que tiene el ámbar y eso va a depender mucho de la fe y la creencia que existe (Velasco, 2007: 68).

En este testimonio es posible ver que están presentes las variantes de denominación que tiene el mal de ojo, así como algunas descripciones físicas de los agentes causales. En este caso paradigmático, familiares afectados por el estado “delicado” de la menor contribuyeron a su cuidado y sanación a partir de la colocación de una pulsera de ámbar a la niña, lo que muestra que la resina fue empleada para el tratamiento y curación del “ojo” en Motozintla, Chiapas.

Por último, el trabajo de Prudencio Moscoso (1981) recupera al menos 15 variantes de mal de ojo provenientes de informantes de los barrios y zonas marginales de la ciudad de San Cristóbal de Las Casas, Chiapas. En cada una se enuncian las recetas y procedimientos que utilizan las

²² En Venustiano Carranza, Chiapas, se usa la gallina negra cuando la familia sospecha que se trata de un acto de brujería. La gallina se denomina *ik`al me` mut* en idioma tsotsil, y *Gallus gallus* en su nombre científico. Otro elemento es el zorrito, animal usado para el mismo fin. El mamífero se identifica con el nombre científico *Mammalia conepatus leoconutus*.

²³ Gentilicio de uso regional para referirse a las personas que provienen del municipio de Motozintla, Chiapas.

²⁴ Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

personas para curar el mal en el afectado,²⁵ quien puede ser un menor, un joven, una persona adulta, un animal y hasta las plantas. En nueve variantes se hace hincapié en que se afecta la salud de los niños, sin especificar edades, pues se hace referencia “a las criaturas y a los niños pequeños”. En estas últimas variantes, el autor destaca que el agente causal lo configuran mujeres y hombres adultos que, de alguna manera, muestran su agrado por el niño. Asimismo, menciona que, en el proceso de cruce de las miradas entre el adulto y el menor, ocurre lo que él llama la “fuerza del aire”²⁶ (Moscoso, 1981:165). Si bien no especifica a qué se refiere exactamente con esa idea, hace suponer que quizás está vinculada con las “miradas fuertes, miradas de calor” de personas adultas, mismas que son percibidas en el cuerpo del menor y, en consecuencia, le generan la dolencia.

1.4.Prevenición

Como se ha descrito, la participación de las familias en el alivio del padecimiento es relevante pues incide en el desarrollo de medidas que contribuyen a que los integrantes, generación tras generación, intervengan sobre el padecimiento que los agobia, desarrollando conocimientos y prácticas preventivas a partir del uso de recursos a su alcance. Así, la presencia del mal de ojo en el entorno es un punto de partida para la adquisición, ya sea por recomendación de un terapeuta tradicional, familiar, o a través de la *vox populi*, de dispositivos considerados como amuletos protectores.

En varios casos recuperados por Mellado *et al.*, (1994), se encuentra que las familias cuicatecas y chocholtecas del estado de Oaxaca, protegen a sus hijos con el uso de listones de color rojo en sus vestimentas y, en algunos casos, con pulseras de plata. Por su parte, Lorente (2014), menciona que, entre los nahuas del Estado de México, se usan los listones rojos a los que sujetan semillas de ojo de venado²⁷ con imágenes religiosas impresas, formando una pulsera que cada niña o niño debe llevar en la muñeca.

²⁵ El resto de las recetas hacen referencia a la presencia del mal de ojo en personas cuyas edades no se especifican, pero se entiende que pueden ser personas jóvenes como otros adultos sin distinción de género. Uno de los procedimientos que se enuncian son los interrogatorios a los padres respecto a la última persona que vio al menor. También está el uso de la *limpia* para diagnosticar y verificar la presencia del mal. Incluso se menciona el uso de gallinas negras, pollos, pollas, sauco, hierbabuena, huevos de gallina, pimientos, y hasta abrazos, como maneras que pueden ayudar a que el afectado se recupere del mal de ojo.

²⁶ Este término que no especifica Moscoso parece tener una vinculación con el “mal aire”. Esta enfermedad es reconocida en la medicina tradicional indígena y López Austin (1993) la destacó como vinculada al posible mal de ojo con orígenes en las culturas prehispánicas, pues es concebida como un mal de tipo caliente en contraposición a los de tipo frío.

²⁷ Entiéndase “ojo de venado” en dos sentidos: primero como un amuleto que protege a quien lo usa y ayuda a prevenir el mal de ojo. El amuleto, de manera enunciativa, tiene varias presentaciones, desde que es una semilla perforada con

En el caso de las familias mayas de Yucatán, Campeche y Quintana Roo, también se usa “ojo de venado”, los listones en color rojo y el escapulario de la Santa Ara Negra²⁸ como amuletos para prevenir el mal de ojo. Siendo un elemento de amplio uso también entre los chichimecas en Guanajuato, y los huicholes de San Luis Potosí, México.

Otras dos vías de prevención son las recuperadas por Hermitte (1970), quien menciona que se debe “mantener al niño dentro de la casa o sacarlo completamente tapado con un rebozo, es una de las protecciones contra el mal de ojo [...]. Otra manera de evitar el mal de ojo es colocando una cuerda en la muñeca del niño, de la que cuelgan unas cuentas de ámbar. El ámbar tiene el poder de absorber el mal de ojo y después de algún tiempo, cuando esta capacidad de absorción está agotada el ámbar se quiebra y hay que cambiarlo” (Hermitte, 1970:76). Es interesante la medida expuesta por la autora ya que, coincide con el testimonio del motozintleco donde se mencionó el uso de ámbar para curar a su hermana, mientras que en este apartado se recupera, por primera vez, el elemento ámbar con características preventivas.

Como puede verse, en sus procesos de atender el padecimiento, las familias destacan maniobras y procedimientos relacionados con el diagnóstico, tratamiento y prevención del mal de ojo. A su vez, generan una serie de actividades que dinamizan las relaciones sociales al interior y exterior de cada una. En este sentido, es relevante identificar cómo se generan nuevas interacciones y se fortalecen relaciones sociales en las familias de tres generaciones ocupadas en la autoatención del padecimiento, pues algunas no solo entablan o fortalecen nuevas relaciones o hacen uso de amuletos, sino que acuden a rituales que involucran la religiosidad de las familias como parte del proceso de sanación. Es necesario resaltar esto porque es posible que el aspecto religioso sea un común denominador en la curación y la prevención del padecimiento, lo cual supondría preguntarse si solo las familias con orientación religiosa católica padecen del mal de ojo o si también sucede con familias que no profesan el catolicismo. Este se retomará en las historias de vida que se presentan en el estudio.

un hilo de amarre para colgarse en el cuello de la persona, hasta la pulsera de hilo que sujeta varias semillas con más de tres imágenes de la religión católica y se coloca en la muñeca de la persona. La segunda acepción remite a una semilla de color oscuro y café, proveniente del árbol *Mucuna argyrophylla Standl* (CONABIO, 2010). La semilla es empleada como amuleto en las regiones noroeste, occidente, centro norte, centro sur y el suroeste de México.

²⁸ Es un personaje religioso mencionado por Mellado *et al.*, (1994) en su descripción del mal de ojo con los mayas de Yucatán, México.

Así, es posible ver que el padecimiento no tiene una región específica de origen, ya que está presente en las prácticas de salud de familias en buena parte del territorio nacional; sin embargo, se reconocen particularidades y generalidades asociadas a las experiencias y vivencias familiares, lo cual permite realizar diagnósticos, curaciones y, en algunos casos, prácticas para la prevención, mismas que no corresponden a las capacidades exclusivas de terapeutas dentro del espectro de la medicina tradicional sino que involucran también los conocimientos empíricos de integrantes de las familias, como las cuidadoras, quienes convierten la casa, cocina o un altar religioso en salas de curación.

Al estar presente en las prácticas de autoatención de las familias, el mal de ojo –como padecimiento– constituye un fenómeno social en virtud de que distintos grupos lo reconocen y asocian a instrumentos e imágenes de representación social existente en los colectivos locales, donde las experiencias y vivencias de las madres (como los significados, las edades y los amuletos) sirven de elementos base para empezar a comprenderlo.

Capítulo 2

Marco explicativo de las prácticas y saberes de las familias con el padecimiento

2.1. Marco teórico

En este estudio se revisan los conceptos de familia, padecimiento y de representación social. Si bien el término de familia ha sido abordado desde diversas disciplinas con coincidencias respecto a la persistencia esencialista y hasta religiosa con la que se le entiende, en este estudio se aborda en términos de redes sociales de apoyo en la autoatención de la salud con los miembros de la familia (Osorio, 2001). Bohannan (1996) hace hincapié en que la familia “es el determinante primario del destino de una persona [...] construida como está sobre genes compartidos, es también la depositaria de los detalles culturales compartidos, y de la confianza mutua” (Bohannan, 1996:72). Recurso esencial que supone que la familia debe estar integrada por lazos de sangre; sin embargo, en tiempos actuales las realidades de la modernidad marcan otras tendencias con nuevas formas de ser y hacer familia. De hecho, se ha pasado de las familias tradicionales, integradas por las nucleares y extensas, a las llamadas de transición y las emergentes (Welti, 2017), que se adaptan a las nuevas maneras de construir sociedad, principalmente en grandes urbes y en menores casos en zonas rurales.

En su exploración demográfica y antropológica de la familia, Gutiérrez, *et al.*, (2016) llega a la conclusión de que en tiempos recientes esta debe repensarse con base en los “aspectos sociales, políticos, económicos y laborales [...] que afectan a la estructura y conformación de las familias, lo que apunta a la reconfiguración de la institución familiar antes que a su declive” (Gutiérrez, *et al.*, 2016:228). Y tiene razón en hacer el llamado al replanteamiento del concepto, sobre todo porque hace hincapié en que la familia, al ser una construcción social, está expuesta a diferentes condiciones que modifican su realidad, con particularidades en los contextos urbanos donde se han difuminado una serie de valoraciones que soportan la estructura ideal de la familia, contrario a lo que sucede en contextos menos urbanos y rurales, donde hay prácticas más o menos tradicionales con incidencia en diversos aspectos de las relaciones.

Por su parte, Menéndez (2018) hace alusión a la familia como una unidad social operativa que incide en los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención, esto debido a que aún se mantienen una serie de valoraciones relacionadas con el afecto y el conocimiento de la medicina tradicional transmitida por generaciones a través de replicar prácticas y saberes sobre distintos males. Es decir, que la familia no solo se ocupa de las prácticas de autoatención por la vía de la medicina occidental y tradicional, sino también para su inserción en otros ámbitos de interés de la familia con su entorno. Cabe aclarar que, si bien la definición de Menéndez incluye el concepto

de enfermedad, para los objetivos de este trabajo se hará referencia al padecimiento experimentado principalmente por los menores y las cuidadoras o cuidadores afectados.

En este estudio se revisan las implicaciones subjetivas e intersubjetivas que tienen y construyen con el padecimiento. En particular cuando desde una perspectiva interactiva, según Bazán, Estrada y Rojas (2019), la familia en su primera, segunda y tercera generación, está en un proceso de continuas modificaciones respecto a su percepción de padecer el mal. Y sobre todo cuando esos aprendizajes provienen tanto del interior como desde el exterior de las familias, es decir del ámbito de lo transubjetivo. Esto último en referencia a las coyunturas ideológicas, sociales y simbólicas que repercuten en las percepciones de quienes padecen y sufren el mal al interior de cada familia; coyunturas que transforman las maneras en que las familias en general y las cuidadoras de los menores en particular enfrentan un padecimiento.

En este sentido, es necesario hacer una revisión de los abordajes que han hecho algunos autores sobre el concepto de padecimiento. Dentro de este marco explicativo, Idoyaga (2013) hace una revisión documental sobre el mal de ojo y utiliza mayoritariamente el término de *padecimiento* y no *enfermedad*. Sin embargo, no ofrece una distinción conceptual entre ambos términos que ayude a aclarar las implicaciones del concepto respecto al mal de ojo. En todo caso, se advierte que al referirse a padecimiento se enfoca en describir los signos, síntomas y dolencias que experimenta el niño doliente, más no observa con sigilo la participación de otros integrantes o familiares en la construcción del padecer.

Idoyaga y Gancedo (2014), especifican que la idea de enfermedad, enfocada en el mal de ojo, es un agente generador de “daño a personas, animales, vegetales, objetos y propiedades. Este poder de ojear a alguien o algo es prerrogativa de las personas, las deidades, los animales y los objetos” (Idoyaga y Gancedo, 2014:81). Si bien se concuerdan sobre la afirmación del daño a las personas, no así con su perspectiva de entender al mal como una enfermedad y no como un padecimiento en que sí se ven involucrados los afectados y las cuidadoras. También se difiere respecto a su idea de que “ojear”, sea una prerrogativa de las personas y de las deidades como supone. Ya que, en el caso de este estudio, nadie se afirma con derecho a hacer mal de ojo, pues afectar la salud de otros no es bien visto por la comunidad. Es decir, hay implicaciones intersubjetivas que se generan en el entramado de las relaciones sociales de sus practicantes, tanto a nivel familiar, como para quien es visto como el que hace mal de ojo en la comunidad.

Por otra parte, Buendía (2015) retoma el concepto sin dar una definición precisa. De hecho, utiliza padecimiento como un símil de enfermedad, sin aclarar las implicaciones de uso de ambos conceptos. Sin embargo, al explorar el contexto del susto, y ubicarlo como parte de la medicina tradicional entre los pueblos totonacas de Veracruz, acentúa el uso del término *padecimiento*, ya que a través de etnografías plantea las condiciones en que las personas afectadas sobrellevan, perciben y asimilan los efectos de tener este mal. Hago énfasis en que la idea de padecimiento utilizada por el autor es de implicaciones más individuales y no familiares, esto probablemente sea así porque un mal como este solo es tratado por un curandero. Podemos pensar que quizá por esa condición es que el autor no involucra a otros integrantes inmediatos de la familia como la abuela, la madre, la esposa, entre otras, en el proceso de padecer del doliente. Si bien en la práctica del autocuidado ellas pudieran estar participando, al menos en las reflexiones descritas por el autor no se aclara suficientemente cuáles son esos mecanismos de participación de la familia en el padecer del susto.

De igual modo, en su estudio sobre los males de la medicina tradicional en San Luis Potosí, Rangel (2017) utiliza los conceptos de enfermedad y padecimiento; y hace referencia a las técnicas y procedimientos que han desarrollado los curanderos para tratar y curar los males. En el proceso de investigación, la autora distingue ambos conceptos señalando que la enfermedad está relacionada con afecciones de tipo patológico y nosológico, de los cuales se ocupa la medicina occidental. Mientras que el concepto de *padecimiento* lo aplica principalmente para los males dentro del marco de la medicina tradicional, contemplando así el sufrimiento del paciente. Al respecto indica que “el padecimiento forma parte del enfermo, incluye no solo sus síntomas sino todos sus concomitantes, ya sean físicos, psicológicos o sociales” (Rangel, 2017:95). Y aclara que, si bien se observa la participación de otros integrantes de la familia en los cuidados o la autoatención del que padece, esta dolencia por el padecer no se extiende a sus cuidadores.

En este sentido y ante la necesidad de acercarme a la delimitación del padecimiento, se recurrió a las aportaciones de Susser (1962), quien, en *Sociología de la medicina*, amplía y a su vez enfatiza en algunas diferencias en el concepto de enfermedad. Desde mi perspectiva alude a que es una condición social que altera las relaciones sociales establecidas y a su vez incide en las modificaciones de las relaciones dentro y fuera de las familias, es decir, la comunidad. El autor, en sintonía con la postura de Henry Sigerist, dice que “la persona enferma [...] se encuentra en una

posición especial, en un papel social con reglas y privilegios implícitos” (Sigerist en Susser, 1962: 106). De ser así, se entiende que, en determinados contextos y coyunturas, al padecimiento se le capitalice no en términos de negocio y monetarios, pero sí en términos de ampliar las redes sociales de contacto que se suman a las familias que viven una afección, porque quizás asumen incomodidad y molestia ante lo que ocurra en términos de la salud en una o varias familias.

La explicación de Susser es relevante al aclarar el término enfermedad, ya que considera que no debe y no puede verse como sinónimo de malestar o de afecciones, como comúnmente ocurre en los discursos cotidianos que abordan el padecimiento. Por eso rescato la distinción que hace del concepto de enfermedad, porque se perfila a una tríada interesante para la reflexión. Para Susser “el malestar puede definirse como un estado de conciencia psíquica de incomodidad, y la afección como un estado de disfunción fisiológica y psicológica, mientras que la enfermedad puede definirse como un estado de disfunción social que afecta las relaciones del individuo con los demás” (Susser, 1962:106). Dándonos con esto una mirada amplia y social de las implicaciones de la enfermedad.

En ese sentido, podemos hablar de tres ideas que componen la tríada, estas se entenderían como sigue: *a)* Primero, la descripción que se hace del malestar propiciado por un estado de conciencia psíquica de incomodidad puede entenderse como el *illness*, en referencia a la idea del padecer y/o sufrir un mal que aqueja a la persona, *b)* Segundo, se describe a la afección como central de la disfunción fisiológica y psicológica de un cuerpo cuando se ve afectado en su estructura orgánica, esto puede entenderse como el *disease*, a partir de la propia idea de la biomedicina referida a enfermedad y relacionada con la alteración orgánica del cuerpo por la presencia de un estado patológico que afecta el organismo de la persona, *c)* Tercero, es la suma del malestar (como la afección que genera la disfunción fisiológica y psicológica en el cuerpo del afectado) junto con la perspectiva social que los colectivos tienen de la enfermedad. Esto es el *sickness*, entendido como aquello que genera disfunción social que altera las relaciones entre personas por las percepciones que el colectivo social tiene sobre el mal que la aqueja. En este sentido, el *sickness* del mal de ojo implica la configuración de las relaciones sociales del individuo con el colectivo, las cuales no son estáticas sino simbólicas, relativas y sociales. Tres ámbitos que, aplicados a comprender un mal, ayudan a entender cómo son realizadas y representadas las prácticas y saberes en que se involucran una o varias generaciones de familias.

Por sus aportes a la tríada de la enfermedad, Kleinman (1988) ayuda a comprender el análisis en las implicaciones del sufrimiento de un paciente con una afección. Si bien las afecciones mencionadas hacen referencia a las reconocidas por la medicina occidental, eso no excluye a otros males dentro del espectro de la medicina tradicional. Para seguir con la reflexión se presentan, según su orden, los elementos de la tríada para profundizar en los conceptos *disease*, *illness* y *sickness*.

En el caso de la primera se indica que “Disease is the problem from the practitioner's perspective. In the narrow biological terms of the biomedical model, this means that disease is reconfigured only as an alteration in biological structure or functioning”²⁹ (Kleinman, 1988:5,6). Esto quiere decir que la propuesta del conocimiento sobre la enfermedad es de quien tiene o asume la práctica, por un lado, está el médico de la medicina occidental y por otro, están los terapeutas quienes asumen la práctica de ese conocimiento tradicional. Sin embargo, extrapolando esto y siendo inclusivos para el caso de México y más específicamente de Simojovel, también incluimos como practicantes a los terapeutas tradicionales involucrados en la atención de los males que afectan a las personas.

Retomando el concepto hace referencia a los daños que genera una afección en la estructura orgánica del cuerpo de una persona, esta apreciación es exclusiva y está dominada estrictamente por quien se asuma como un médico de la medicina occidental.

Por su parte, al hablar de *illness*, el autor dice:

Illness involves the appraisal of those processes as expectable, serious, or requiring treatment. The illness experience includes categorizing and explaining, in common-sense ways accessible to all lay persons in the social group, the forms of distress caused by those pathophysiological processes. And when we speak of illness, we must include the patient's judgments about how best to cope with the distress and with the practical problems in daily living it creates³⁰(Kleinman, 1988: 4).

²⁹ La traducción al español es “La enfermedad es el problema desde la perspectiva del médico. En los estrechos términos biológicos del modelo biomédico, esto significa que la enfermedad se reconfigura solo como una alteración en la estructura biológica que marcha”.

³⁰ Traducción al español es “El padecer implica la evaluación de esos procesos como esperados, graves o que requieren tratamiento. La experiencia del padecimiento incluye categorizar y explicar, en formas de sentido común accesibles a todos los legos en el grupo social, las formas de angustia causadas por esos procesos fisiopatológicos. Y cuando hablamos de padecer, debemos incluir los juicios del paciente sobre la mejor manera de afrontar la angustia y los problemas prácticos que crea en la vida diaria”.

Esto quiere decir que se trata de observar y analizar la vivencia de una persona al padecer de un mal y sobre todo cómo es atendido, autocuidado o no, y las repercusiones positivas o negativas en su estado de salud. Si bien el autor refiere la experiencia del padecer³¹ como algo más individual, diría que esto no queda reducido a un asunto del individuo cuando tiene y es parte de una familia que también termina por sufrir los efectos, esto es cuando un integrante directo de la familia, como es la madre, se aflige y se ocupa del estado de salud del menor, asumiéndose, así como parte del episodio. Esto es relevante ya que en la medida en que otros participen del padecer, terminan también por incidir en la generación de nuevas apreciaciones, nociones y conocimiento sobre un padecimiento, como sucede con el mal de ojo.

El tercero es el *sickness* “define it as the understanding of a disorder in its generic sense across a population in relation to macrosocial (economic, political, institutional) forces”³² (Kleinman, 1988:6). Comprensión de un mal que pasa por la preocupación de una familia con un hijo enfermo, pero que en la vivencia del padecer de quien cuida al afectado se termina por trastocar las relaciones al interior de ese núcleo familiar. Sin embargo, el sentimiento de dolor de los involucrados genera que también se impliquen otras familias vecinales, etcétera, que pueden ayudar con sus conocimientos colectivos para tratar ese mal. Agregando las creencias sobre los males como parte de un sistema de conocimiento empírico que se sostiene en las percepciones cognitivas que desarrolla una población, colectivos y familias, las cuales comparten las maneras de abordar y conocer un mal que está estructurado por símbolos y significados, los cuales, a su vez, se representan a través de prácticas y saberes de individuos y familias respecto a cómo autoatender un padecimiento social como es el mal de ojo.

Otra perspectiva para explicar la tríada en la enfermedad y el padecer es la propuesta por Hueso (2006), para quien la enfermedad y el padecimiento se representan socialmente por quienes tienen dentro de sus conocimientos perspectivas médicas y sociales sobre determinados males. De aquí que sea importante aclarar la existencia de la tríada para entender su composición y delimitar más específicamente porque acoto mi estudio al padecimiento.

En ese sentido, Hueso (2006) expone que el *disease*, afecta la dimensión biológica y fisiológica del cuerpo humano; por ende, el biomédico se encarga de buscar y encontrar

³¹ Por enfrentar situaciones de estrés, cansancio o molestias porque le hayan cambiado las dietas, es posible que un padecer no bien atendido complique, o no, la afección de la persona.

³² Traducción al español: “lo definiré como la comprensión de un trastorno en su sentido genérico en una población en relación con las fuerzas macrosociales (económicas, políticas, institucionales)”.

características nosológicas de la entidad que aqueja a la persona. En cambio, el *illness* hace hincapié en la dimensión subjetiva del que padece; es decir, en las vivencias y experiencias de incomodidad que genera en la persona afectada y en los familiares que lo atienden (por ejemplo, las cuidadoras en la autoatención). Respecto al *sickness*, el autor lo describe como las prácticas y conocimientos que generan los actores sociales sobre la base de creencias simbólicas-sociales que permiten representar socialmente un padecimiento. La propuesta es interesante porque asocia las dimensiones del padecimiento con el ámbito de lo que supone es cada uno los elementos que componen la tríada.

Finalmente, se retoma a Menéndez (2003), no para ampliar las distinciones de la enfermedad y el padecimiento, pues el autor no se enfoca necesariamente en proponer implicaciones de una tríada del concepto de enfermedad. Más bien en su enfoque del proceso salud/enfermedad/atención s/e/a, enfatiza el tema de la autoatención en los procesos en que participa la familia— sin reiterar el origen del tipo de dolencia biomédica o sociocultural — los cuales sirven como mecanismos para atender y/o cuidar la salud de los suyos. Por lo tanto, ve que desde el enfoque relacional hay un proceso de intervención y de acción que prioriza saberes y prácticas como una manera de incidir en el cuidado de la familia (Menéndez, 1988). Como vemos, el autor no ancla su discusión respecto a la alteración orgánica de un cuerpo enfermo, más bien extiende las implicaciones sociales que supone un padecer en el ámbito de la familia y de los grupos sociales involucrados en la atención.

En ese sentido, en su trabajo sobre los modelos de atención de los padecimientos, Menéndez (2003) menciona la existencia del modelo biomédico, popular y tradicional, el alternativo, paralelo o *new age*, el de tradiciones médicas académicas como la acupuntura, etc., el de autoayuda como es alcohólicos anónimos, entre otros. Dado que en este estudio se aborda el padecimiento del mal de ojo, el interés se centrará en el modelo “popular y tradicional” (Menéndez, 2003:49), ya que en el padecer estudiado no solo son importantes los aportes de los terapeutas tradicionales sino principalmente los de abuelas y madres de familia de al menos las tres últimas generaciones, quienes en su calidad de dolientes y cuidadoras participan en la autoatención y son también replicadoras y transformadoras de ese conocimiento empírico, el cual está basado en la experiencia de vida que han construido al sufrir el padecer cuando cuidan a un hijo e hija. Es en ese nivel de discusión donde considero se construye el padecimiento, es decir, que el punto de

vista mecánico y biológico de la biomedicina solo es el punto de partida para notar la enfermedad. Por tanto, se requiere una perspectiva más humana, social y vivencial para comprender la dolencia desde quienes lo padecen: bebés, niños y las cuidadoras.

En ese sentido, se explora el concepto de representación social de Moscovici (1979) quien explica que “es un *corpus* organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios” (Moscovici, 1979:18); sin embargo, ese cuerpo organizado no puede generarse, primeramente, si no es a partir de prácticas sociales y de salud que, basadas en sistemas de creencias, permiten configurar saberes que explican algún resultado en la vida cotidiana de las personas o, mejor dicho, dentro y fuera de cada familia. Hablamos de saberes y experiencias que son representadas para explicar realidades e incidir en comportamientos de quienes integran un grupo con su entorno social (Jodelet, 1986), como sucede con las familias que por sus lazos sociales van reproduciendo prácticas significativas para sus vidas.

En trabajos más recientes, Denisse Jodelet (2008) hace énfasis en tres esferas en las representaciones sociales: la esfera de la subjetividad, referida a los procesos cognitivos de la persona con su cuerpo y su ubicación en el lugar y con quienes tiene a su alrededor; la intersubjetiva que hace referencia a la interacción dialógica de las partes para interpretar algo en común que les permita la creación y compartición de significaciones y prácticas (como pueden ser los procesos de las familias con el mal de ojo). Mecanismos que, combinados con los elementos de la subjetividad e intersubjetividad de un proceso social (como de salud u otros) crean estructuras, modos de pensar y actuar, normas, e implicaciones en los ámbitos públicos y privados para generar la tercera esfera, la de la transubjetividad.

Con base en las tres esferas es posible entender el proceso de abordaje del mal de ojo que generan las familias con sus prácticas y saberes en las tres generaciones. Esto a partir de situar en lo subjetivo de las representaciones sociales las experiencias personales de cuidadoras y los signos observables en el doliente del mal de ojo, es decir el *disease*. Formulándose ideas y explicaciones compartidas al interior de cada familia, donde la cuidadora, madre y a veces el padre, es el líder para esto. En el caso de la intersubjetividad se sitúa el *illness*, donde sus participantes ya asumen significados en el padecimiento como algo que se genera en sus procesos sociales familiares (como la susceptibilidad de los menores ante el mal de ojo), por lo cual diseñan y tienen procedimientos

que les permitan enfrentar los achaques del mal. Y, por último, la transubjetividad, que entendida como dimensión de análisis engloba el *disease* y el *illness* en el *sickness* de la representación social del padecimiento, por ser espacios para las relaciones simbólico-sociales donde se entretujan normas y formas de pensar y actuar en las que están inmersos todos los actores que comparten una visión y una práctica común sobre una dolencia, en este caso el mal de ojo que no solo está precedido por las prácticas que se generen en lo privado y en lo reproducido de generación tras generación, sino también, por ejemplo, en la participación de otros elementos como los discursos de actores (mineros, artesanos, redes sociales, periódicos, etc.) respecto a la funcionalidad del ámbar para prevenir el mal de ojo.

2.2. Metodología

Se realizó un estudio empírico, exploratorio, descriptivo y cualitativo, apoyado de la metodología de estudio de caso. Esto con el objeto de dar cuenta de la transmisión generacional de saberes y prácticas relativas al diagnóstico, terapéuticas y de prevención del padecimiento (en lo sucesivo dx-tx-px), incorporados en el ámbito doméstico de familias de Simojovel de Allende. El trabajo de campo se desarrolló durante los últimos cinco meses de 2021 con familias residentes de la cabecera municipal.

Nuestro estudio contó con aprobación de riesgo mínimo de acuerdo con el subcomité de Ética en Investigación en Salud del Centro de Investigaciones en Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Uno de los puntos prioritarios en el trabajo de campo fue la libre participación de los actores, así como el resguardo de su identidad en el proceso de estudio. Nuestra población de interés fueron aquellos grupos familiares asentados en los barrios de la cabecera municipal. También se incluyó la participación de terapeutas tanto del ámbito de la medicina tradicional como de la medicina occidental, con el fin de contrastar ambas perspectivas sobre el mal de ojo.

Nuestras unidades de análisis se centraron en familias y en terapeutas, entendiendo que, para el presente estudio, la familia es aquel grupo de personas que pudieran compartir rasgos familiares (incluyéndose a otros miembros sin consanguinidad), y que operan socialmente para contribuir al bienestar integral de los suyos. Tomamos en consideración como núcleos familiares aquellos que habitan bajo un mismo techo y diferenciando entre miembros de un mismo grupo familiar que guardan alguna relación entre sí (consanguínea o no). De acuerdo con Menéndez

(2018), implica entender a la familia – como grupo o núcleo– como la unidad social básica en la que operan, en un primer nivel, las prácticas de salud y aquellas relativas a la atención y prevención de un padecimiento que les permiten adaptarse a manera de un *continuum* como unidad social. Derivado de este punto, es en estas unidades sociales básicas del ámbito familiar donde se replican mecanismos de transmisión de saberes y prácticas sostenidas a lo largo del tiempo, las cuales sirven como base para fundamentar los conocimientos empíricos de un padecimiento como el mal de ojo.

En este sentido, se consideró el diseño de los estudios de caso con el objetivo de comparar, al menos, las prácticas y saberes que tienen tres grupos familiares. Se puede afirmar que se trata de un estudio de caso de tipo paradigmático, porque sobre los datos recuperados se generan opiniones e interpretaciones. Según Giménez, es necesario considerar “que en los estudios de caso la generalización no se apoya en una muestra estadística, sino en lo que suele llamarse inferencia clínica” (Giménez, 2012:45). Así pues, la revisión de un caso con subunidades de análisis contenidas dentro del mismo ha permitido profundizar en las generalidades que se revisan.

Nuestro marco de referencia de análisis se sustentó en las representaciones sociales, que para Moscovici (1979) son un conjunto de conocimientos generados por las experiencias de las personas, dadas las prácticas, saberes, discursos y formas de pensar que tienen para explicar las realidades físicas y sociales sobre un objeto de interés. Es decir, se trata de las maneras en que las personas representan socialmente acciones y actividades de algo, a partir de los códigos que comparten un proceso de relaciones de intercambio físico y simbólicas para proyectarlas en el sentido común de sus vidas cotidianas. Las representaciones sociales vistas en el abordaje del mal de ojo están construidas a partir de aquellas experiencias vivenciadas en el ámbito familiar, y donde incluso las acciones de autocuidado recaen en mayor medida en las mujeres, específicamente en las madres. En esta categoría se incluyeron tanto aquellas que tenían hijos pequeños al momento de nuestro estudio como aquellas con rol de abuelas que mantienen contacto con niños pequeños, en este caso, sus nietos.

Para nuestro estudio fue relevante rescatar aquellas vivencias construidas a partir del cuidado y la atención a la salud brindada a sus hijos y nietos ante la sospecha o confirmación del padecimiento. En este contexto, la construcción de significados en torno al mal de ojo, así como su caracterización como padecimiento, tiene connotaciones tanto de la incidencia de reflexiones y consensos permeados en el seno familiar, como también entre las colectividades locales. En este

caso de los barrios de Simojovel considerados para nuestro análisis. Muchas de estas construcciones pudieron variar tanto en la primera sospecha de la presencia del mal, como en el establecimiento del diagnóstico y tratamiento oportuno. También se incluyeron construcciones relativas a la prevención.

El estudio consideró como población de interés a las cuidadoras (y su rol familiar) de niños pequeños y recién nacidos que pudieron haber sido afectados por el mal de ojo. Por eso se indagó en conocer subjetivamente las perspectivas vivenciales sobre el padecimiento entre sus grupos familiares y las aportaciones desarrolladas por terapeutas de Simojovel. Con base en lo anterior se trabajó sobre categorías de aprendizajes, causas, prácticas y saberes del padecimiento que permitieron conocer, a nivel de subcategorías, sus vivencias, significados, diagnóstico, saberes, tratamiento y la prevención del mal, en al menos tres dimensiones; la subjetiva, intersubjetiva y transubjetiva (Jodelet, 2008).

En la parte subjetiva se recuperaron las maneras en cómo las cuidadoras – a temprana edad e incluso en la preadolescencia – empiezan a experimentar el padecimiento. En la intersubjetiva, las prácticas se ven ampliadas no solo por su experiencia como madres frente al padecer, sino también por la información y recomendaciones que les llegan de personas dentro del grupo familiar. En muchos casos son las abuelas quienes dirigen a las jóvenes madres en el abordaje social, histórico y terapéutico del padecimiento.

Por último, en la esfera transubjetiva se identificó aquella información que— principalmente cuidadoras, y en menor grado cuidadores— comparten sobre casos anecdóticos del padecimiento. No olvidemos que esta forma de exponer, abrir y contar las vivencias a la vecina, a la conocida, etc., también es una imagen que representa las prácticas y el saber sobre este y otros males. Sirva entonces que la información circulante “de boca en boca” ha permitido a las cuidadoras no solo enterarse de cómo otros familiares enfrentaron sus casos, sino también identificar a “hacedores de mal de ojo” o a “los que hacen ojo”, también saber recomendaciones a seguir para el cuidado de sus hijos e hijas, ideas del colectivo que no solo se quedan en los señalamientos a esas personas, sino también en sugerencias para el uso preventivo de tratamientos, instrumentos o dispositivos.

Caracterización de los actores clave que participaron en el estudio

En total se analizaron tres grupos familiares, considerándose al menos las últimas tres generaciones por cada una. La primera generación constituida por el núcleo familiar que incluiría a los abuelos; la segunda generación son los hijos e hijas de la primera generación; y finalmente, la tercera generación incluye a los hijos e hijas de la segunda generación.

Tomamos como referencia un solo núcleo familiar de cada grupo, entrevistando al menos a uno de sus miembros. Como hemos mencionado, nos centramos en aquellos integrantes que fungieron con algún rol de cuidado de otros integrantes del núcleo, la mayoría son informantes mujeres.³³

Los actores participantes se dividen en dos grupos. El primero se conformó por nueve integrantes distribuidos en tres grupos familiares (*véase tabla 2.1*), y cada uno dirige un núcleo familiar que, a su vez, implicó una generación familiar. A continuación, se presentan algunas características de los actores:

Tabla 2.1 Características de los grupos familiares

Grupo familiar	Núcleo	Generación	Edad	Rol en casa	Estado civil	Barrio/residencia
Sánchez	1	1	68	Cuidadora, Ama de casa	Viuda	Centro
	1	2	45	Cuidadora, ama de casa, profesora en nivel secundaria	Unión libre	Centro, y el municipio de San Fernando
	1	3	23	Cuidadora, ama de casa y estudiante	Unión libre	San José
Cruz	1	1	66	Cuidadora, ama de casa	Viuda	San José el Progreso
	1	2	46	Cuidadora, ama de casa	Divorciada	San José el Progreso
	1	3	23	Cuidadora, ama de casa	Unión libre	Centro
Montes	1	1	62	Cuidadora, ama de casa	Casada	San Caralampio
	1	2	37	Cuidadora, ama de casa	Separada	Guadalupe
	1	3	20	Cuidadora, ama de casa, profesora en educación primaria	Divorciada	Guadalupe

Fuente: Elaboración propia, septiembre, 2021.

³³ Se identificó a un cuidador de otros miembros dentro de uno de los grupos familiares, pero decidió no participar en el estudio.

El segundo grupo incluyó al menos cuatro terapeutas del ámbito biomédico y tradicional (véase tabla 2.2), tres hombres y una mujer. Su elección no fue una decisión prevista por su número, ya que desde el principio se planteó la participación de un solo terapeuta tradicional, sin distinción de género. Sin embargo, el proceso en campo nos llevó a identificar la importancia de incluirlos en el estudio, ya que nos encontramos con informantes que refirieron la participación de los médicos en las prácticas y saberes en torno al mal de ojo.³⁴ A continuación, se presentan características de los terapeutas:

Tabla 2.2 Características de los terapeutas

Ámbito/ Terapeuta	Nombre	Edad	Rol social	Ubicación de consultorio	Estado civil	Barrio/residencia
Biomedicina	Juan	52	Médico de lo familiar	Centro de la ciudad	Casado	Santa Cruz
Biomedicina	Guillo	28	Médico de lo familiar	Centro de la ciudad	Casado	Centro
Tradicional	Aurelia	50	Curandera	Barrio Poyolhó	Viuda	Poyolhó
Tradicional y de la biomedicina	Felipe	35	Enfermero y curandero	Barrio Cielito	Soltero	Lázaro Cárdenas

Fuente: Elaboración propia, septiembre, 2021.

Para la inclusión de los actores en el estudio se consideró al menos a un integrante de cada generación y a dos terapeutas, uno de la biomedicina y una tradicional. Así como aplicar el criterio de saturación teórica propuesto por Strauss y Corbin (2002) cuando en el “punto en la construcción de la categoría en el cual ya no emergen propiedades, dimensiones, o relaciones nuevas durante el análisis” (Strauss y Corbin, 2002:157), deba finalizarse en función de no encontrarse nuevos datos; esto sucede cuando la categoría revisada ya no aporte nada nuevo a la investigación (Almarza y Pirela, 2016:188).

Para el estudio se incluyó la participación directa de nueve líderes de familias más dos terapeutas. Para la selección e inclusión de nuestros actores informantes,³⁵ tomamos como referencia los siguientes criterios:

³⁴ Los jóvenes médicos son egresados de las universidades de Chiapas. Se interesaron en el mal de ojo cuando se dieron cuenta de que esos saberes provienen de cuidadoras (madres y abuelas). También que les plantea un conflicto como un padecer, pues forma parte de conocimientos no aprendidos en la academia, ya que no tienen una perspectiva externa, sino interna, vivencial y familiar del padecimiento. Esto último les ha permitido integrarlo en su proceso de atención a la salud con las familias que les visitan.

³⁵Es importante recalcar que al principio se propuso realizar el trabajo de campo con familias tsotsiles y mestizas en al menos dos barrios, El Platanal y Sharpes. Sin embargo, la búsqueda poco infructuosa de contactos cercanos y

- Un líder de cada grupo generacional. En total fueron nueve participantes, tres por grupo familiar.
- Un terapeuta de la medicina tradicional, curandero.
- Un terapeuta de la biomedicina, médico de lo familiar.
- Residir en alguno de los barrios de la cabecera municipal.
- Aceptar ser entrevistados.
- Tener el rol de cuidadores de niños, niñas, recién nacidos.
- Accesibilidad y disposición de horarios para las entrevistas.
- Amplia disposición y entusiasmo por narrar y compartir sus experiencias vividas con el padecimiento.
- Confiar en que la información aportada será tratada para los fines del estudio, además de tener carácter de confidencial.

2.2.1. Herramientas metodológicas aplicadas

Se trabajó desde dos enfoques metodológicos que facilitaron mi llegada a campo, la interlocución con los actores, la estancia y el traslado a los domicilios. También se realizó lo necesario para la obtención de fuentes primarias de información con resultados que después se sistematizaron para su análisis y presentación. El primer enfoque implicó trabajo etnográfico de tipo dialógico que permitió entablar cercanía, y manifestar muestras de confianza entre el entrevistador y los participantes, obteniendo así el registro de datos en la libreta de campo.

Para el acercamiento con los actores se solicitó ayuda a un familiar quien, por su liderazgo y contactos con un gran número de personas, me ayudó a identificar a familias que aceptaron participar en el estudio. Esto fue de gran valor ya que al tener la referencia de las familias que cumplieron con los criterios de selección, me dispuse a conseguir sus datos de contacto y solicitar un primer acercamiento para plantearles su participación en el estudio. En circunstancias contrarias, el familiar me acompañó a los domicilios de los actores, y en otros momentos ya con sus referencias llegué a tocar las puertas de las viviendas para presentarme y convencerlos de su participación en la investigación social.

seguros que me vincularan con familias de esos barrios generó que en una situación de contingencia sanitaria y de desconfianza, prefirieran no participar. Ante este hecho se viró a buscar el apoyo de familiares que me facilitaron el contacto para que, por su cercanía con las familias abordadas, me permitieran efectuar la investigación de campo. Recorriendo así, al menos dieciocho barrios. En esta segunda búsqueda no se encontraron familias tsotsiles interesadas en compartir sus experiencias con el mal de ojo.

La estrategia funcionó y favoreció el reconocimiento y el encuentro con quienes ejercían el rol de cuidadoras de menores; abuelas y madres de familia que ayudaron a recuperar amistadas pasadas y fortalecer nuevas relaciones de confianza. Sobre todo, con actores más jóvenes, como fueron algunas cuidadoras en su rol de madres de tercera generación, y con algunos terapeutas tradicionales y de la biomedicina.

Con cada uno de los actores se realizó una presentación de los objetivos del estudio. Se destacó la importancia social que tiene el padecimiento en la cotidianidad de la salud en las familias y en la formación académica y obtención de grado que tendré al culminar los estudios de posgrado. Se hizo hincapié en la importancia de documentar las experiencias y conocimientos de las cuidadoras madres y abuelas en lo relativo al abordaje del padecimiento y cómo estas pueden transformarse a partir de las vivencias de cada generación, recalcando, por ende, la pertinencia de documentar las implicaciones de los distintos saberes, prácticas, diagnósticos y tratamientos.

Nuestros acercamientos con los participantes tuvieron resultados positivos al interior de los grupos familiares contactados, pues en algunos casos sirvieron para reconectar relaciones entre integrantes distanciados. Luego de haber logrado las primeras interacciones y conseguir los consentimientos para la participación se agendaron fechas para posteriores charlas y entrevistas en campo.

El segundo enfoque metodológico fue construir las historias de vida a partir de las experiencias recuperadas de las cuidadoras madres de la primera, segunda y tercera generación, así como de terapeutas de la biomedicina y de la medicina tradicional, pues “cuando la antropología se esfuerza por poner en evidencia las situaciones históricas particulares de las personas, entonces revela las razones prácticas y concretas arraigadas en temporalidades precisas y cambiantes” (Guber, 1994:337). De tal manera que, para el análisis de las historias de algunos procesos sociales, se requirieron acciones específicas, no solo por la necesidad de contar con información clara, sino también para tener un contexto que ayude a comprender la historia de vida de las cuidadoras. Es decir, de las mamás o abuelas que han experimentado las fases del padecimiento en un hijo enfermo.

Con el trabajo de campo y las historias de vida, se recuperó información que permitió conocer algunas razones detrás de la vigencia del padecimiento, las circunstancias que rodean la cotidianidad de los entrevistados y saber cómo y a partir de qué abordan este y otros padecimientos

atendidos en casa, como el susto, el empacho, “tres pelos”, entre otros. Las dinámicas establecidas propiciaron un ambiente favorable para compartir vasos de agua y tazas de café, y ayudaron al intercambio amistoso luego de los efectos de la pandemia de la COVID-19. Tema coyuntural que sirvió para platicar sobre posibles decesos, enfermos en el barrio, así como también sobre los problemas políticos del municipio. En ocasiones compartir información e intercambiar opiniones y del colectivo inmediato favorece un conocimiento mutuo del contexto del entrevistador y de los participantes en el estudio.

Las entrevistas fueron a profundidad, con una duración aproximada de una hora y media. Se tuvo al menos un encuentro por cada participante. La entrevista contempló 25 preguntas ordenadas en los siguientes bloques temáticos: saberes, significados, tratamientos y prevención en torno al mal de ojo. Interrogantes que fueron descritas de forma clara y coloquial para que fueran respondidas por las y los entrevistados.

En la libreta de campo se plasmaron observaciones referentes al recorrido hecho para llegar a la cabecera municipal. También sobre la dinámica en el mercado municipal por ser un espacio de alta confluencia de personas de los barrios, y por el intercambio de la venta diaria de verduras y frutas, aquí fue posible identificar actores relevantes en el estudio. Además, se incluyeron observaciones relacionadas con la venta de amuletos como el ámbar y otros que se comercializaban con fines de protección del mal de ojo, y otros ornamentales. Por último, en diciembre del 2021, se realizó la visita a la iglesia católica de San Antonio de Padua en la cabecera municipal. Se observó que la imagen del Niño Dios que representa la fe católica tenía pulseras coloridas en las muñecas, entre las que destacó el ámbar en combinación con hilos rojos.

Por otra parte, se registraron datos de contactos, croquis de localización de algunos actores, y descripciones de los talleres artesanales. También se documentaron opiniones de los artesanos sobre el padecimiento del mal de ojo. Se tomaron fotografías de la zona del mercado, de talleres artesanales, de la venta de ámbar en el centro de la ciudad y del museo del ámbar, espacio abierto al público en la cabecera municipal.

2.2.2. Tratamiento metodológico de la información

Partiendo de que la elaboración de historias de vida es un común denominador en la presentación de las narrativas de los actores, sirvan las siguientes líneas para referir las técnicas utilizadas para el ordenamiento y sistematización de la información recuperada en campo. El trabajo se realizó en

dos momentos. En el primero se transcribió el contenido de las entrevistas realizadas y se etiquetaron para facilitar su identificación. Se revisaron elementos clave en las entrevistas para que, desde el punto de vista deductivo, se establecieran categorías y subcategorías de análisis. Identificado lo anterior, en un segundo momento se realizó un trabajo inductivo al extraer información que permitiera seleccionar datos, lo que más tarde ayudó a la identificación de las diferencias en cada categoría.

Se consideró que la primera categoría fue el aprendizaje y escucha de los entrevistados sobre el mal de ojo; esta estuvo precedida por subcategorías con referencias familiares, medicina tradicional y referencias externas o vecinales. En algunos casos se incluyeron variables como hierbero, vecinos y otros. También se definieron códigos o elementos clave como: edades, limpias, técnicas, expresiones como “mirada de calor”, “hacer mal de ojo” y “calor de vista”, elementos que contribuyeron a la identificación y agrupación de información para su análisis.

Una segunda categoría fueron las causas del mal de ojo, categoría precedida por un ordenamiento de subcategorías relacionadas con referencias personales y variables individuales y colectivas. Los códigos definidos para el ordenamiento y agrupación de la información fueron: personas ebrias, ojos grandes, mujeres embarazadas y menstruando, “calor de vista”, síntomas, signos, menores y “ojo caliente”.

La tercera y cuarta categoría fueron prácticas y saberes; el ordenamiento de subcategorías incluyó referencias familiares, de la medicina tradicional, externas y vecinales, con variables como: diagnóstico, tratamiento terapéutico, curanderos y hierberos. Los códigos definidos que permitieron ordenar y agrupar la información de las entrevistas transcritas, para este caso fueron: edades, mujeres, medicinas, limpias, amuletos, “calor de vista” y la persona “que hace ojo”. Una quinta categoría fueron los dispositivos³⁶ (amuletos de ámbar, hilos rojos, ojo de venado y otros de uso especial) usados por las familias.

³⁶ Para la Organización Mundial de la Salud el concepto “dispositivo” hace referencia a cualquier instrumento, aparato, implemento, máquina, implante, reactivo para uso in vitro, software, material u otro artículo similar o relacionado con la salud de las personas (OMS, 2020). Por su parte, la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), hace referencia a que dispositivo es instrumento, aparato, utensilio, máquina, incluido el software para su funcionamiento, producto o material implantable, agente de diagnóstico, material, sustancia o producto similar, para ser empleado, solo o en combinación, directa o indirectamente en seres humanos (DOF, 2019). Si bien ambos referentes son más propios de la medicina occidental, también deben entenderse como parte de los materiales que, por su eficiencia, son utilizados por parte de quienes realizan los autocuidados en el padecer del mal de ojo.

Otro recurso metodológico para el análisis de las interrelaciones familiares fueron los famiogramas (Sánchez, 2001) que se construyeron con la información recuperada en campo, esto permitió conocer cómo las generaciones se interrelacionan entre sí; se observaron decesos, conflictos, relaciones distantes y cercanas que en algunos casos terminaron por generar alianzas entre generaciones. Condición que incide en la facilitación de la transmisión oral de saberes del padecimiento en cada uno de los grupos familiares y de las diversas maneras de abordar cada una de las fases del padecimiento.

Con base en el modelo de historia natural de la enfermedad de Leavell y Clark (1965) se decidió adaptarlo a los fines y denominarlo “historia biopsicosocial y cultural del padecimiento” que permitió caracterizar elementos observados en las etapas del prepadecimiento y padecimiento del mal de ojo. Esto sirvió para darle un enfoque más social mediante el uso de contenido referido a la medicina tradicional, que reconoce el padecimiento y sus fases como el *dx-tx-px*, según grupo familiar en cada una de las distintas generaciones entrevistadas. Por tanto, se logró así tener una herramienta que contrastó y mostró diferencias en el manejo del padecer. El modelo permitió hacer una síntesis esquematizada de las características y la manera en que cada generación familiar aborda los elementos del padecimiento. Y ayudó a encontrar marcos explicativos bajo los cuales se están integrando y generando cambios y continuidades en el abordaje del padecimiento según generación por cada grupo familiar.

Finalmente, el integrar descripciones de los dos terapeutas, y el hecho de que incluyeran la perspectiva de la biomedicina y de la medicina tradicional a partir de sus experiencias de vida, permitió contrastar las dos visiones. En términos de los saberes y los significados, así como del *dx-tx-px*, es posible afirmar que comparten una base común sustentada en torno a los conocimientos empíricos.

Capítulo 3

De saberes y significados en el mal de ojo: las matriarcas como transmisoras del conocimiento en grupos familiares

3.1. Introducción

El presente capítulo describe los saberes instaurados dentro del seno familiar, dirigidos y compartidos por madres o abuelas que fungen como principales interlocutoras de los procesos de salud primaria. En un segundo momento se analiza el significado de la representación de dicho padecimiento al interior de los distintos grupos familiares. Fue de nuestro interés el recuperar las formas empleadas tanto en la oralidad como en la práctica entre las distintas generaciones, así como posibles relaciones de otros actores como vecinos, amigos y conocidos de las familias.

Realizamos un análisis de la dinámica familiar con el objetivo de comprender el cómo discurren los saberes y significados que pudieran estar interiorizados en el ámbito doméstico, o si son resultado de un movimiento/flujo desde el ámbito colectivo y reproducidos por medio de los usos y costumbres del dominio popular. Para ello se describen tres grupos familiares y en cada uno integramos un familiograma. La incorporación de los familiogramas busca describir y analizar la composición de las familias y sus interrelaciones entre cada uno de los integrantes en términos de conflictos, alianzas, grupos de interés, separaciones, muertes, etc. (Sánchez, 2001).

En este capítulo se describe el proceso de incorporación e integración del conocimiento relacionado a los saberes y significados sobre el mal de ojo con las primeras generaciones de cada grupo familiar, las cuales están encabezadas por los abuelos y su vasta experiencia en torno al padecimiento.

3.2. Connotaciones de los saberes

Al hablar de saberes nos referimos a aquellas construcciones sociales y simbólicas que, aprendidas y experimentadas por personas y grupos, son transferidas oralmente a los integrantes de las generaciones de unidades familiares en contextos informales y vinculados con la praxis. En el contexto de nuestro estudio forman parte de los saberes cotidianos los “conocimientos vinculados con el área de la salud humana, incluyendo prácticas de cuidado y formas de prevención y curación de las enfermedades” (Gómez y Gómez, 2006: 22, 23). De igual forma, son procesos expuestos a la influencia de otras creencias locales o regionales y pueden, incluso, adoptar niveles de hibridación de los saberes en tiempos actuales (Mora, 2008; Núñez, 2004). Se hace énfasis en la incorporación de nuevos recursos en el tratamiento del mal por parte de quienes lo padecen (las cuidadoras) como punto coincidente con nuestra propuesta de revisión intergeneracional.

Es necesario reiterar que esos saberes se basan en las prácticas y experiencias de las familias a partir de que comprenden los códigos que componen significados sobre los que se

construye la representación social del padecimiento. Por esto debe entenderse los códigos que maneja cada una de las familias relacionadas con el mal, en la dolencia, el diagnóstico, el tratamiento y la prevención que forman parte de los significados del cuerpo de conocimientos. De tal manera que permitiese conocer similitudes y particularidades de las percepciones que tienen las generaciones y grupos familiares, en las continuidades y/o cambios que se suscitan en los procesos de saberes y significados en cada una de las generaciones y grupos involucrados.

De las entrevistas desarrolladas durante nuestro trabajo de campo recuperamos aquellas narrativas donde se identifica cómo las o los entrevistados escucharon o aprendieron sobre el mal de ojo. Se consideró relevante identificar y reconocer su primer acercamiento con el padecimiento, ya fuera porque ellos se enfermaron o por haber recurrido al apoyo de algún familiar, algún agente intermediario (amigos), o a terapeutas tanto tradicionales como de la biomedicina. Este primer nivel de análisis se sitúa en la esfera de la subjetividad (Jodelet, 2008) ya que recupera las experiencias sensibles de sufrimiento del actor con el padecimiento.

En una segunda instancia, en las narrativas se identificaron y recuperaron los recuerdos, ideas, imágenes y percepciones relacionados con el padecimiento del mal de ojo. Este segundo nivel de análisis se ubica en la esfera de la intersubjetividad (Jodelet, 2008), ya que aborda interacción entre el contexto familiar y el de la colectividad, lo cual podría ejercer un punto de inflexión entre los entrevistados al momento de externar sus percepciones.

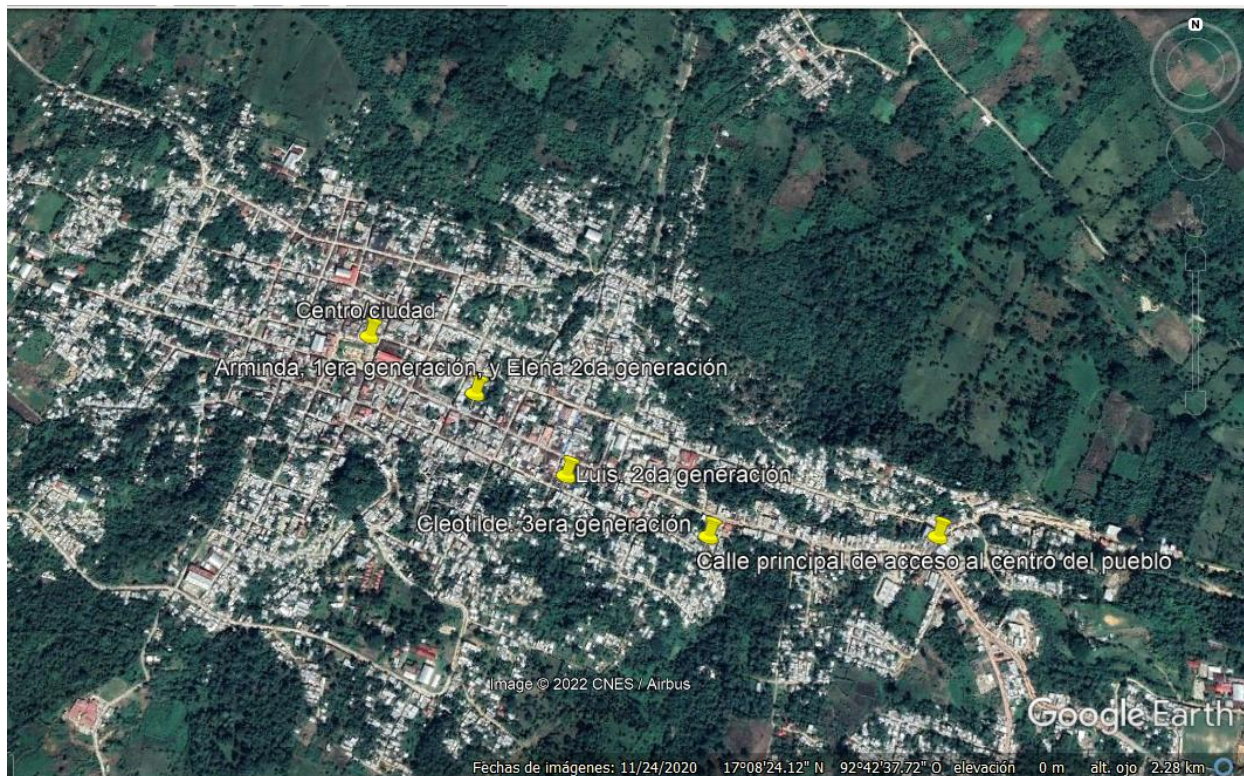
Finalmente, un tercer nivel de análisis buscó el rescate de las narrativas de los entrevistados profundizando en el cómo se generan las similitudes o diferencias contadas por los actores en términos de saberes y significados. Recordando que las anécdotas y testimonios fungen como principal mecanismo oral para transmitir las narrativas y sus variantes entre familias pertenecientes a una misma colectividad, de ahí que surgiese nuestro interés en profundizar y en rescatar al menos estos tres niveles dentro de las narrativas, esto es la esfera de la transubjetividad.

3.3. El grupo familiar de los Sánchez

La familia Sánchez está conformada por el matrimonio de Arminda y Ramón, fundadores de esta familia que puede considerarse nuclear. Él es originario de la cabecera municipal de Simojovel de Allende, y Arminda del municipio de El Bosque. Se conocieron, casaron y establecieron como familia en la cabecera municipal de Simojovel. Procrearon cuatro hijos y fue Ramón, el padre, quien asumió el rol de líder y patriarca; falleció en 2019 a causa de una intoxicación por automedicarse analgésicos debido a la artritis reumatoide. Ante su fallecimiento

fue Arminda quien asumió el liderazgo del grupo familiar. Sus hijos, ya en su edad adulta, integraron sus propias familias, haciéndola abuela y bisabuela. Entre los distintos grupos generacionales hay una predominancia del sexo masculino (5/8) con respecto a sus pares mujeres. De acuerdo con la distribución de la residencia de los distintos subgrupos familiares que integran las distintas generaciones dos de ellos están asentados en Simojovel; otro subgrupo familiar radica en Villaflores, y un último radica es intermitente entre Simojovel y San Fernando (véase mapa 2).

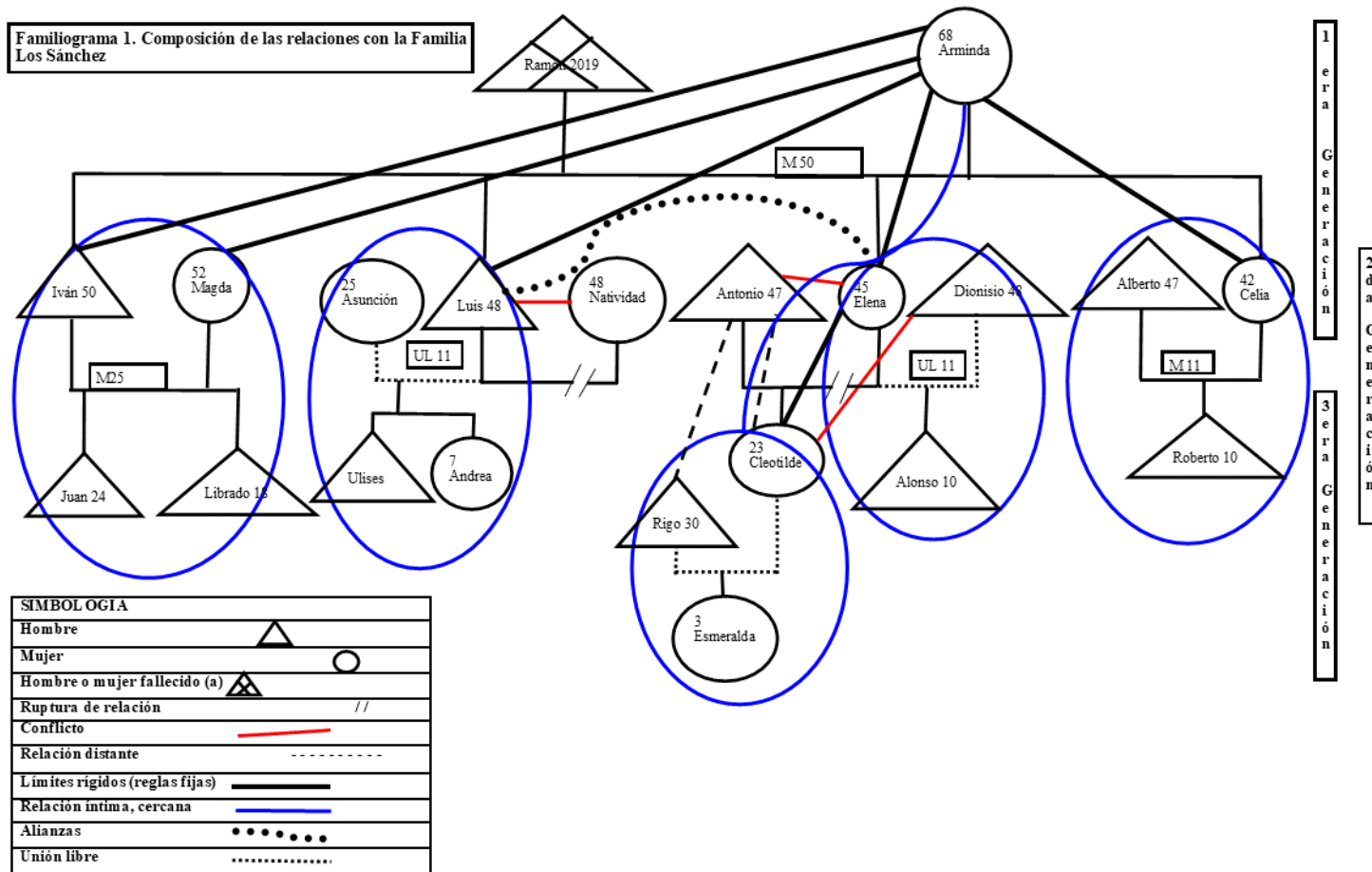
Mapa 2. Ubicación próxima de residencia del grupo familiar uno, los Sánchez



Fuente: Elaboración propia con base en Google Earth, captura del 9 de marzo, 2022.

Familiograma de los Sánchez

Para conocer la composición de las relaciones del grupo familiar uno se generó una representación gráfica (véase *familiograma 1*) que consiste en agrupar las relaciones de tres generaciones surgidas dentro de este primer grupo familiar.



Fuente: El famiogramma es elaboración propia con datos recuperados en campo.

La primera es una familia nuclear, que en su momento fue conformada por dos personas heterosexuales que se conocieron en la década de los sesenta del siglo pasado, cuando eran adolescentes. Se casaron aproximadamente a los 18 años y en su proceso de vida procrearon a dos hijos y dos hijas, de esto hace aproximadamente 50 años. Los hijos de la pareja son Iván, de 50 años; Luis, de 48; Elena, de 45, y Celia, de 42 años.³⁷

Ramón, la pareja de Arminda, falleció antes de la pandemia de COVID-19. Actualmente ella es quien lidera al grupo familiar y ha acumulado una serie de experiencias relacionadas con la autoatención a la salud. A través de la oralidad ha transferido testimonios de prácticas y saberes relacionados con el diagnóstico, los tratamientos, las medidas preventivas y ha compartido, también, ideas sobre procedimientos que ha escuchado de otras familias, aunque no le constan en términos de resultados. Este cúmulo de conocimientos también los ha transmitido a sus nietas, quienes ya son madres de familia.

La segunda generación la componen cuatro subgrupos familiares, tres de tipo nuclear y uno es extenso. Para conocer mejor esas composiciones primero describiremos las nucleares y después la extensa. Iván lidera al primer grupo, tiene 52 años y Magda, su esposa, 50. Llevan 25 años de matrimonio y tienen dos hijos, conformando una familia nuclear con mucha cercanía entre sus integrantes. El primer hijo tiene 25 años, ha realizado estudios en medicina humana; el segundo, de 18 años, ya inició la licenciatura. La familia vive separada de la madre de Iván, pues tienen su residencia en otro municipio, así que tienen una relación rígida.³⁸ Las visitas de Arminda son esporádicas y ellos la ven, al menos, una vez al año en Simojovel de Allende. En general, la familia tiene una relación un poco distante con los demás hermanos y hermanas de Iván.

Luis, tiene 48 años y es la cabeza del grupo dos. Ha tenido dos relaciones maritales; en la primera conformó una familia de tipo nuclear con su esposa Natividad, de 48 años, la pareja construyó su propia residencia alejados de la casa de Arminda. Durante 18 años de relación no procrearon hijos, después se separaron e inició un conflicto en términos de relaciones sociales que aún continúa.

Luego de dos años de separación, Luis mantuvo una relación en unión libre con su actual pareja, de 28 años, con quien tiene dos hijos, un niño de diez y una niña de siete años, con quienes

³⁷ Datos recuperados de una charla con Arminda, 2021.

³⁸ Entiéndase como rígidas a las relaciones con reglas fijas al interior de las familias, que por general se dan de madres y padres a hijos e hijas

tienen una dinámica íntima y cercana. La familia es extensa, ya que tanto él como su pareja e hijos, viven desde hace 11 años en la casa de Arminda, su madre. Situación temporal ya que esperan que en un plazo corto ocupen una casa que ya construyen. En el proceso de la segunda relación de Luis, él generó una alianza social y económica con su madre, ya que ella le ha permitido vivir en su casa sin pagar renta, dinero que Luis aprovecha para otros gastos de su familia.

Elena tiene 45 años y representa al tercer grupo familiar. Ella se casó a los 21 años con Antonio. Tuvieron una hija y conformaron una familia nuclear. Al igual que Iván, en ese entonces su familia decidió que su residencia no estuviera en Simojovel. Si bien Arminda no compartía casa con Elena, esto no le impedía visitar continuamente a su hija. Acercamiento que fue mayor entre ambas cuando nació la hija de Elena pues, ante su inexperiencia, fue su madre quien le ayudó con los primeros cuidados de salud de su hija. Al paso de seis años de relación de pareja, esta terminó en conflicto hasta el divorcio. Lo que provocó que Elena y su hija regresaran a Simojovel de Allende a vivir temporalmente en la casa de sus padres, conformando así un tipo de familia extensa con ellos, y una relación de apoyo para su hija, pero con reglas rígidas de convivencia.

Dadas las coyunturas en materia de sobrevivencia, seguridad y comodidad para su hija, Elena decidió que para mantener su trabajo fuera de la ciudad de Simojovel, debía dejar a la niña al cuidado de sus padres, a quienes veía cada fin de semana. A ella esta situación le permitió generar alianzas funcionales con su madre pues su hija siempre estuvo bien cuidada por ellos.

Transcurridos cinco años de su relación anterior, Elena se vinculó sentimentalmente con una persona de 49 años, por la vía de la unión libre, con quien procreó a un niño que ahora tiene 9 años generando así una familia nuclear con una relación íntima y afectiva, toda vez que viven los tres en la casa de su esposo y alejados del municipio de Simojovel de Allende. En algún momento del proceso, Elena por su trabajo regresó a vivir por temporadas cortas a la casa de su madre, quien, a su vez, cuidó a su nieto y ayudó para que Cleotilde tuviera mejor convivencia con su hermano. Esta temporada se extendió por, al menos, tres años. La convivencia contribuyó a que Elena estableciera una fuerte alianza con su madre y con la familia de su hermano Luis, pues ella tenía a alguien de confianza que criara a su hijo mientras se ausentaba. Sin embargo, al mismo tiempo esto implicó una relación distante y de poca comunicación con su hermano Iván y su hermana Celia, quienes están en desacuerdo con la estrategia de Elena de dejar a su hijo bajo los cuidados de su madre por ser Arminda una persona de edad avanzada.

Celia tiene 42 años, lidera al grupo cuatro, compuesto por ella, su esposo Alberto, de 47 años y su hijo. Celia y Alberto se casaron hace aproximadamente 13 años. Roberto, su hijo, tiene 10 años y se mantienen como una familia nuclear, con una relación íntima y cercana entre sí. Si bien ellos viven en casa propia y fuera de Simojovel, cuando nació su nieto Arminda vivió con ellos durante los primeros meses de vida del bebé, dado que ella apoyó a su hija con los cuidados de salud que requería. Si bien la relación de Arminda con la familia de Celia es rígida, tienden a visitarse al menos tres veces al año. No así con el resto de sus hermanos, con quienes tiene una relación distante que solo se genera cuando la salud de Arminda se deteriora.

En general, las familias de los cuatro subgrupos de la segunda generación mantienen una relación estable con Arminda, líder del grupo familiar uno. Sin embargo, son Luis y Elena quienes tienen una relación más cercana con su madre, a raíz del apoyo brindado con el cuidado de sus hijos. Además de que Arminda acoge en su casa a la familia de Luis y esto ha implicado que mantengan relaciones de alianza entre sí y con su madre. Mientras que con Celia e Iván existe una relación un poco distante pues mantienen un contacto intermitente con su madre.

La tercera generación está representada por Cleotilde, de 20 años, quien vive en unión libre con su pareja, Rigo, de 30. Ambos procrearon a una niña que tiene tres años, viven en casa de sus suegros. Arminda, como abuela materna, ha estado cerca de su nieta para los cuidados y atenciones en salud que ha requerido la bisnieta. Esta cercanía entre ellas es porque mantienen una relación estable y de mutuo aprendizaje, pues Cleotilde, al crecer bajo el cobijo de sus abuelos maternos, considera que su abuela es un referente en los autocuidados de la salud de su hija.

3.4. Arminda, la matriarca en la familia Sánchez

La primera generación fue integrada por dos miembros, Arminda y su esposo,³⁹ quienes procrearon y criaron a cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres. Que, en el largo plazo, se convirtieron en la segunda generación. Todos son liderados por Arminda en las proximidades del barrio centro de la cabecera municipal de Simojovel, donde tiene su residencia.

³⁹ Fallecido en 2019, por insuficiencia respiratoria.

Saberes del mal de ojo

Para conocer los saberes que posee Arminda respecto al padecimiento es conveniente mencionar que nos referimos a los conocimientos adquiridos a través de su madre y hermanos en su entorno familiar inmediato, así como de otras personas cercanas a su núcleo familiar (este segundo grupo conformado por amistades y personas de confianza).

Cuando tenía aproximadamente 11 años, Arminda empezó su caminar con el sufrimiento de ver a sus hermanos menores padecer el mal de ojo. Después, en un segundo momento y ya como madre de familia, practicó diversas maneras de tratar y prevenir el padecimiento con sus propios hijos. También conoció de otros saberes que le eran narrados por amigas y otras madres de familia, quienes reforzaban sus conocimientos o bien compartían experiencias para contrarrestar el mal de ojo, aunque a veces ella no los practicaba. En esos intercambios y discusiones se compartían los significados de los saberes y las prácticas, identificando coincidencias y diferencias.

A continuación, se presentan algunos saberes relacionados al mal de ojo que Arminda reconoce como parte de su vasto conocimiento en el padecimiento.

a) Según Arminda, el “renglero” [*sic*] de ganchos en color dorado atados con un listón rojo⁴⁰ es un conjunto aproximado de tres a cuatro ganchos de metal en color dorado (*véase figura 1*), que se sujetan a un listón⁴¹ rojo. Estos son colocados sobre las ropas del menor, aproximadamente a la altura del pecho, para que sea visible ante cualquier persona que pudiera observar al niño. Ella considera que la mirada del adulto se concentra en el gancho y listón y, por tanto, desvía la atención del menor en sí, acto que por ende evita el *robo* de energía al niño o niña.

⁴⁰ Cuando Arminda habla uso del “renglero” de ganchos, se refiere a un conjunto de ganchos de color dorado que se usan para asegurar listones sobre la ropa. La palabra gancho, es parte de un modismo en el lenguaje regional de Simojovel de Allende donde también se conoce como “seguro dorado”.

⁴¹ Cuando se habla de listón se alude a una tira de tela de satín. Al menos así conocido en las tiendas especializadas en venta de telas y en las mercerías.

Figura 1. Conjunto de ganchos dorados



Fuente: Renglero de ganchos dorados. Imagen con fines ilustrativos.

b) Arminda también recuerda la utilización de cera⁴² de abejas con 20 semillas de chile de Simojovel.⁴³ La cera de abeja es conseguida por el padre de familia, quien primero identifica con quién puede obtenerla. Según Arminda se requiere un “poquitito” que, sin especificar cantidad en gramos, sea suficiente para colocarle aproximadamente veinte semillas del chile y luego pegarla al cabello del menor, en la coronilla, ya que desde su perspectiva es la entrada y salida de calor de los niños. Ella lo hizo antes de que sus hijos cumplieran un año y con un corte de cabello retiró la cera antes de que cumplieran los tres años (el cabello fue tirado a la basura). Como la cera es de alta resistencia y es colocada entre los cabellos no se caerá fácilmente con los baños que reciben los menores. Arminda considera que retiró la cera en ese momento porque sus hijos ya eran menos vulnerables a “las miradas de calor” generadas por los adultos “hacedores de mal de ojo”. Cabe resaltar que durante el trabajo de campo esta práctica solo se identificó en esta familia.

Según recuerda Arminda, otro aspecto es la disponibilidad que deben tener los padres para acceder cuando una persona conocida o desconocida les solicita abrazar al niño. En especial cuando manifiesta su gusto y agrado a través de expresiones del lenguaje local en alusión a que el niño o niña está “bonitillo o bonitilla, chulo, chula”. Arminda recomienda permitir que el adulto abrace

⁴² La cera es producida por la abeja *Scaptotrigona mexicana* (Guzmán, 2018), es de color negra y pequeña. En Simojovel de Allende se le conoce con el nombre tsotsil de *tom p'ó*, que en español significa panal en la piedra. Esto en referencia a que la abeja hace su panal en agujeros del suelo o rocas. Al no haber un proceso de domesticación de la abeja por parte de personas dedicadas a la apicultura es difícil conseguir la cera y cuando se consigue por lo general la suministran personas que viven en las zonas rurales y montañosas.

⁴³El chile de Simojovel proviene de la especie *Capsicum Annuum* L. (De la Rosa, *et al.*, 2012).

al niño en presencia de las madres y padres. Desde su perspectiva, permitir el abrazo contribuye a que el niño no se quede con la energía del adulto y que tampoco le roben la energía al menor.

c) Para Arminda, un último saber que deben conocer las madres y padres de familias es la identificación de quiénes son las personas señaladas como “hacedores de mal de ojo”. Información revelada en conversiones y anécdotas “de boca en boca”, siendo este un mecanismo de comunicación entre madres de familia para señalar a determinadas personas, mecanismo que también implica la recomendación de no exponer a los niños a esas miradas.

En cuanto a la prevención, Arminda también ha escuchado saberes de otras madres de familia; por ejemplo, el uso de chiles y perfumes:

- i. Según Arminda, el primero remite a la realización de “una limpia con siete chiles verdes”, tipo jalapeño. Comenta que los chiles deben estar frescos y es la madre quien los toma en sus manos y los pasa sobre el cuerpo del menor desde la cabeza hasta los pies del niño. Según recuerda, la acción la realizan en una sola ocasión y es efectiva y, según le han dicho, la fortaleza, el aroma y el picor del chile sirven para contrarrestar los efectos de las miradas de calor que reciben los niños.
- ii. El segundo es la utilización de siete perfumes masculinos. Según recuerda Arminda, es la madre quien se encarga de colocarlos en la camisa, playera, blusa o vestido del niño o niña. Arminda recuerda que los aromas deben ser de distintos suministros, por eso recomienda que se busquen con hermanos, padre, tío, primos, etcétera., y se depositen en un solo frasco para luego agregárselos a los menores solo cuando va a acudir a sitios concurridos.

Arminda conoce estos saberes porque los escuchó de otras familias que lo han utilizado como medidas de prevención; sin embargo, en términos de funcionalidad y efectividad, desconoce los resultados pues no los ha realizado.

Significados del mal de ojo

Desde la perspectiva de Arminda existen, al menos, dos significados del padecimiento. El primero referido a “robar la energía o robar la fuerza del niño”, se inserta como parte de un marco explicativo referido a las causas del padecimiento. El segundo implica el “color rojo”, que se visualiza como un dispositivo requerido en las prácticas para curar y prevenir el padecimiento. A continuación, se realiza una explicación más detallada.

En un primer ámbito, para Arminda el mal de ojo, o “el ojo” como a veces dice, no implica una enfermedad, sino que desde su práctica y experiencia con el padecimiento sabe que existe “robo de energía [es decir] le roban pues su fuerza [al niño]” y como parte de sus conocimientos ella concluye que los niños pequeños son más vulnerables a padecerlo. En este sentido cabe preguntarse ¿qué es la energía o esta fuerza? y ¿cómo esta existe en el cuerpo del niño?

Este señalamiento nos lleva a pensar en la posibilidad de generar una fórmula que represente al mal de ojo dentro de los padecimientos de la medicina tradicional, en un principio la propuesta se explicaría así:

Mal de ojo MO, es igual a Energía o Calor menos Robo de Energía RE, que es igual a niño con MO

Que representado, quedaría así:

$MO = E \text{ o } C - RE = \text{niño } c/MO$

Aquí las siglas que se utilizan en la fórmula del mal de ojo:

MO= Mal de ojo

R = Robo

C=Calor

E= Energía

La expresión anterior representa que, ante la mirada de ciertos adultos (que caracterizaremos en el siguiente capítulo) dirigida a niños pequeños, se detonaría el robo de la energía de los menores, propiciando así el mal de ojo.

Así, desde la perspectiva de la actora, el mal de ojo es el resultado de un robo de energía al niño, robo generado por quien lo observa y muestra su gusto y agrado hacia él. Acción que, desde la experiencia y percepción de Arminda y otras personas del barrio, sucede particularmente por parte de mujeres y hombres adultos que tienen ojos con una coloración verdosa y, a su vez, grandes en comparación con la mayoría. Esta característica de los ojos que ella registra como parte de sus saberes, le permite señalar que es una condición para que se genere el mal de ojo. La “mirada de calor”, la vista caliente o “calor de vista” que menciona la entrevistada son parte de las causas que crean un primer nivel del mal de ojo. Esto permite identificar una serie de categorías (*véase tabla 3.1*) implícitas en las características de quienes son señalados por “hacer mal de ojo”.

Tabla 3.1 Características de personas señaladas por “hacer mal de ojo” o “el ojo”, según Arminda

Categoría	Género	Clasificación de etapas de la vida ⁴⁴	Sociales
Ojos grandes	Mujeres, hombres	Adultos jóvenes, adultos maduros, Adultos mayores	Manifiestan curiosidad, agrado por el niño
En estado de ebriedad	Hombres, mujeres	Adultos jóvenes, adultos maduros, Adultos mayores	Personas que externan su gusto por el niño, pero también personas que solo lo miren. En ambos casos deben estar en estado de ebriedad
Color de ojos	Hombres, mujeres	Adultos jóvenes, adultos maduros, Adultos mayores	Adultos que manifiestan su agrado por el menor y que puedan estar o no en estado de ebriedad

Fuente: Elaboración propia, 2021.

Incluso, hay otras características y condiciones que permean los saberes de Arminda sobre el padecimiento del mal de ojo (*véase figura 2*) donde, como puede verse, no solo están presentes las características físicas de las personas señaladas como causantes del mal de ojo, sino también su condición social.

⁴⁴ Se nombra así porque se sitúan las posibles etapas por las que transitan los adultos señalados por Arminda como los inmediatos responsables de “hacer mal ojo” u “ojo” a los niños. Se entiende que pudo ser más práctico nombrarlos por grupos de edades; sin embargo, para la actora entrevistada es más fácil referirse a las personas como jóvenes y adultos. De hecho, al haberlos conocido en campo, es posible ser más específico en la identificación de las personas. Es importante mencionar que, para hacer la referencia, se consultó la clasificación del ciclo de etapas de la vida (Partida y Aparicio, 2000).

Figura 2. Características y categorías relacionales con el padecimiento



Fuente: Elaborado propia, 2021.

De acuerdo con lo recuperado en las entrevistas con Arminda, hay una intersección de categorías alrededor del mal de ojo:

- a) Mujeres y hombres adultos con ojos grandes tienen el potencial de enfermar a los niños a través de las miradas de calor.
- b) Hombres y mujeres, referenciados como adultos mayores, son señalados de hacer mal de ojo pues a través de "su vista caliente" pueden enfermar a los niños.
- c) Mujeres y hombres jóvenes con ojos grandes, sin tener una coloración verdosa, y sobrios son agrupados dentro de las personas que generan mal de ojo por sus "miradas de calor" dirigidas a los niños.
- d) Adultos en estado de ebriedad, y que no tengan ojos grandes ni con coloración verdosa, también son incorporados al grupo de personas con la capacidad de generar mal de ojo en los menores a través del "calor de vista" que emiten con su mirada.
- e) Por último, hombres y mujeres adultos que, al poseer una coloración verdosa en sus ojos y tenerlos grandes, son señalados como generadores del mal de ojo. En la perspectiva de

Arminda, las personas con esas características tienen calor de vista, y esta les permite robar la energía de los niños.

Para Arminda, robar la energía o el calor al niño tiene una segunda arista relacionada con otra condición: mujeres y hombres adultos en estado de ebriedad. Esto hace que Arminda caracterice o referencie al mal de ojo como “ojo de bolo”, este elemento permite pensar en un segundo nivel de mal de ojo.

En un segundo ámbito de los saberes está el color rojo. Para Arminda, el color significa defensa y, a su vez, la fuerza del niño frente al mal de ojo. En sus palabras “el rojo los defiende mucho a los niños del ojo”. Es decir, no solo se trata de un color sino también de sus implicaciones e ideas subyacentes. Desde su experiencia hay dos connotaciones. Por un lado, el mal de ojo, como energía, merma la fuerza del niño. Y, por otro, el rojo es la antítesis del padecimiento. Independientemente de las maneras en que se represente el rojo (hilos, ámbar, prendas de vestir) en los ámbitos de la curación y la prevención sirve para fortalecer la energía y la fuerza que el menor requiere para enfrentar el padecimiento.

3.4.1. Apreciaciones sobre los saberes de la matriarca de los Sánchez

Arminda, como líder de la familia y conocedora de los saberes, es quien logró articular una serie de ideas para explicar las causalidades e implicaciones del padecimiento a partir de lo que ha experimentado y escuchado. Su experiencia le ha permitido sistematizar y transmitir los saberes “de boca en boca” a sus hijas e hijos y entre sus redes sociales; así, por ejemplo, las familias pueden identificar a personas con características sospechosas para que madres y padres procuren no exponer a sus niños a esas miradas. Con base en lo mencionado es posible afirmar que la experiencia de Arminda en los procesos de autoatención en la familia, así como los conocimientos compartidos y usados por otras familias, le han permitido aplicar medidas de curación y prevención.

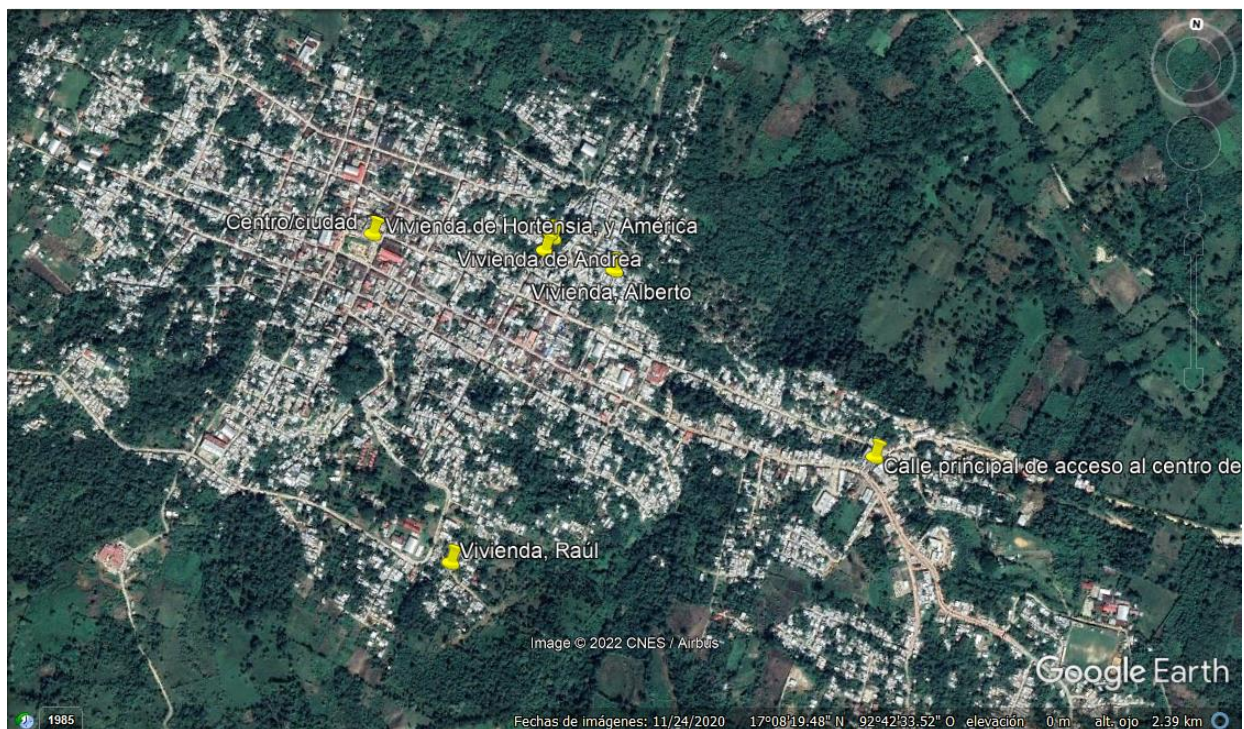
Respecto a los significados dentro de la práctica y los saberes, se identifica que detrás del “calor de vista”, “mirada de calor y “vista caliente” está presente la idea de “robar la energía del niño”, es decir menoscabar la fuerza, el calor y la energía requerida para estar bien. Como puede verse, se asienta la idea de vulnerabilidad o susceptibilidad del menor frente al calor y la energía que caracterizan al mal de ojo. Sin embargo, la reflexión apunta a que, en contraposición – y como si fuera la antítesis– el color rojo en la experiencia de Arminda no solo es un color, sino que está

considerado como un elemento primordial dentro del sistema de la medicina tradicional o popular, y es interpretado como la fuerza y el poder que un menor requiere y debe tener para enfrentar el mal de ojo.

3.5. El grupo familiar de los Cruz

La familia Cruz está conformada por un matrimonio integrado por Hortensia y Eliud, quienes fundaron una familia nuclear. Ellos nacieron y crecieron en un rancho de Simojovel de Allende. En ese contexto se conocieron y se casaron en 1960. El matrimonio duró 50 años y la pareja procreó a cuatro hijos, dos de los cuales son mujeres. En 2010 Eliud falleció por complicaciones de diabetes, y fue Hortensia quien tomó el liderazgo del grupo familiar. De los cuatro hijos, dos hombres y una mujer tienen sus propias familias. La otra, junto a su pareja, han decidido no tener descendencia. Los grupos familiares, conformados por cada uno de los hijos e hijas de Hortensia, están localizados en barrios contiguos a la vivienda la matriarca de la familia Cruz (*véase mapa 3*).

Mapa 3. Ubicación próxima de residencia de integrantes del grupo familiar Cruz



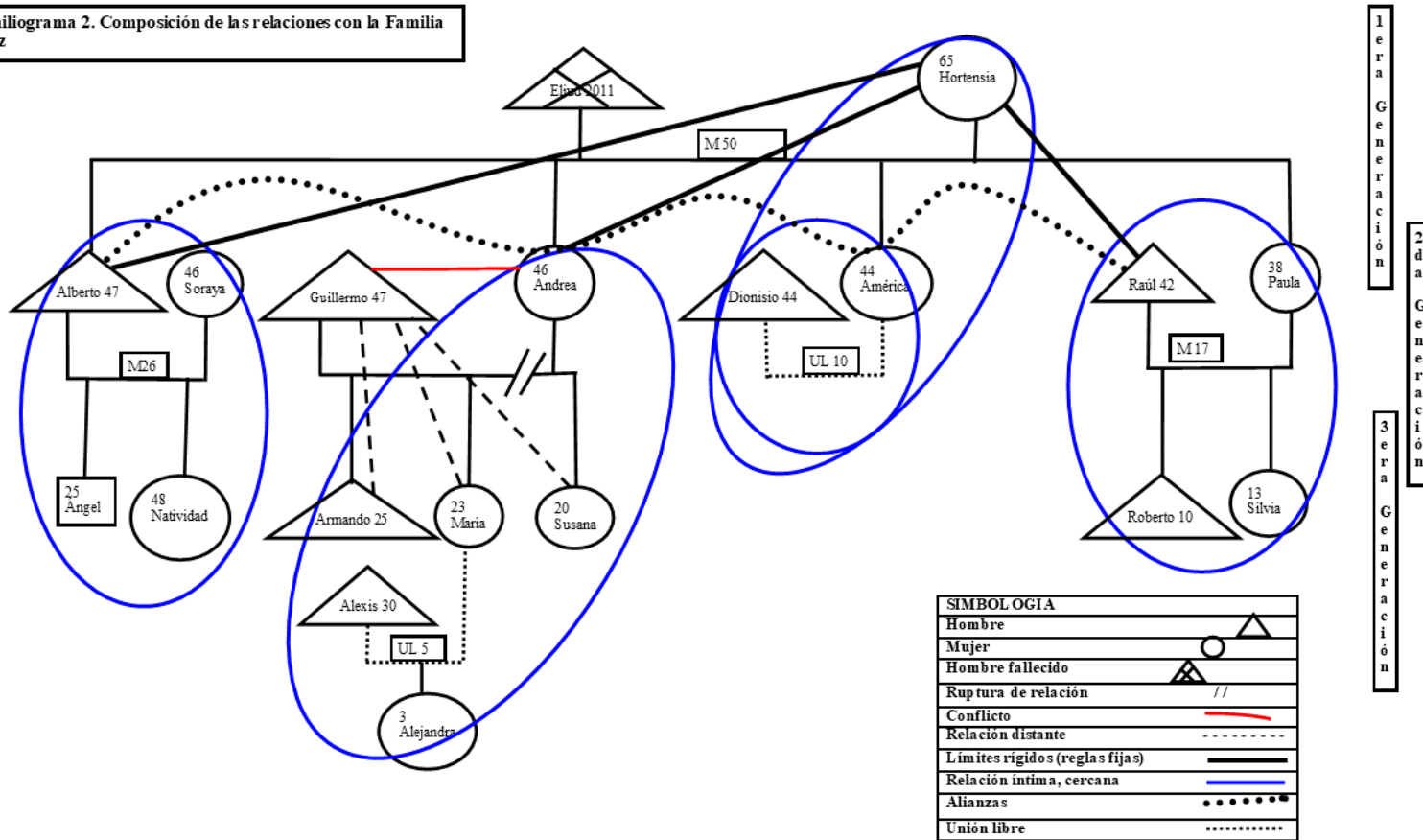
Fuente: Elaboración propia con base en Google Earth, captura del 2 de abril, 2022.

De acuerdo con las ubicaciones se observa que los hijos de Hortensia tienen una tendencia a mantener una relación cercana a ella, pues tres de ellos viven en barrios contiguos y solo uno se mantiene relativamente lejano en comparación con las viviendas del resto.

Familiograma de los Cruz

En cuanto a la composición del grupo familiar uno, se generó una representación gráfica (*véase familiograma 2*) para agrupar y ordenar las relaciones que elaboran familiares de tres generaciones dentro del segundo grupo familiar.

Familiograma 2. Composición de las relaciones con la Familia Cruz



Fuente: Elaboración propia con datos recuperados en el trabajo de campo.

Hortensia y Eliud crecieron en las zonas rurales, junto a sus padres y madres. Desde adolescentes, sus progenitores decidieron llevarlos a vivir a la cabecera municipal de Simojovel para cambiar el modo de vida rural por el urbano. Años más tarde, la pareja decidió casarse y conformar así la primera generación del grupo familiar, ahora ya con cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres. El primero es Alberto, de 47 años; le sigue Andrea, de 46; luego América, de 44, y por último Raúl, de 41 años. En 2010 Eliud falleció de diabetes, quedando el liderazgo familiar a cargo de Hortensia quien, aparte de ser madre, se ha ocupado de la transmisión oral de conocimientos empíricos sobre la autoatención, saberes y prácticas relacionados con el mal de ojo y otros padecimientos como la quebradura o el susto, así como de algunos reconocidos en la medicina occidental, como la gripe, tos, entre otros.

Del total de hijos, los cuatro cuentan con parejas. Tres tienen hijos y solo una de ellas, decidió no tener descendencia. Estas cuatro nuevas familias conforman la segunda generación. En el primer caso está Alberto, casado con Soraya, de 46 años. Ellos tienen 26 años de matrimonio, y procrearon y crecieron a dos hijos, Ángel, de 25 años y Deysi, de 22. Juntos han conformado una familia nuclear, ya que solo viven ellos en casa propia, en el barrio San José, contiguo al de su madre, con quien mantienen una relación rígida y cercana. Él, al ser el hermano mayor, es quien está al frente de la toma de decisiones cuando su madre se ve afectada por las complicaciones generadas por la diabetes, que hoy en día la tiene con problemas de ceguera.

En el segundo caso está Andrea, quien hace 20 años se casó con Guillermo, y juntos conformaron una familia nuclear. Procrearon tres hijos, primero Armando, de 25 años; la segunda, María, de 23, y por último Susana, de 20 años. La relación con su madre es cercana, estable y muy fuerte. Ellos crecieron principalmente al amparo de su madre, en la casa propia que logró construir, ubicada a unos metros de la casa de su abuela. Por el contrario, la relación de los hijos con su padre es conflictiva y distante ya que Andrea y Guillermo se divorciaron cuando el mayor de los hijos tenía ocho años. Su hijo Armando sigue soltero y por asuntos de trabajo reside fuera de Chiapas. Mientras que María vive con su pareja en otro barrio, Susana sigue estudiando la licenciatura los fines de semana y reside en la casa de su madre.

En el tercer caso están América, de 44 años, y su esposo Dionisio, de la misma edad. Ambos permanecen en unión libre, son una pareja que decidió no tener descendencia y Hortensia les permite compartir su domicilio con ella.

En el cuarto caso está Raúl, de 41 años, con su pareja Paula, de 38, ellos llevan 17 años casados y conformaron una familia nuclear. Hasta ahora han procreado a dos hijos, Arturo, de 16 años y Silvia, de 13. Todos viven en la misma casa generando relaciones fuertes y cercanas entre ellos. Tienen su vivienda en el barrio Altamirano. Raúl es el único hijo que decidió vivir con su propia familia, un poco alejado de la casa de su madre, hermano y hermanas.

Una característica que llama la atención entre los hermanos y las hermanas es que, si bien sus relaciones y comunicación con su madre es rígida y directa, entre ellos es de apoyo mutuo pues mantienen relaciones de alianza y colaboración para ayudar a solventar los cuidados que demanda Hortensia dada su discapacidad visual.

La tercera generación la representa María, de 23 años. Ella es la segunda hija de Andrea. María vive en unión libre con Alexis, de 30 años y juntos tienen una hija llamada Alejandra, de tres años. Ellos no tienen casa propia, por lo que viven con sus suegros al otro extremo de la ciudad. Si bien María tiene una relación estable con su madre, es su suegra quien le suministra información y cuidados para su hija cuando se enferma de mal de ojo. Si bien los saberes relacionados con el padecimiento los ha aprendido tanto de su madre como de su suegra, al hablar de las prácticas la dinámica es distinta pues es su suegra quien se las ha enseñado cuando se trata de curar a la niña.

3.6. Hortensia, la líder en la familia de los Cruz

La primera generación fue integrada por dos personas. Fueron Hortensia y su esposo,⁴⁵ quienes, en su momento, procrearon y crecieron a cuatro hijos, dos hombres y dos mujeres. Quienes se convirtieron en las segundas generaciones. Hortensia, al quedarse viuda, tomó el liderazgo de la familia para custodiar la salud de sus integrantes radicados en diferentes barrios de la cabecera municipal de Simojovel de Allende.

Saberes del mal de ojo

Los saberes que tiene Hortensia sobre el padecimiento parten de reconocerlo como “el ojo”, y considera que se trata de un mal relacionado con la emisión de calor de un adulto hacia un niño. En un primer momento sus saberes se basan en las anécdotas que escuchó de su madre y abuela cuando ellas curaban a sus hermanos y hermanas cuando vivieron en un rancho donde la familia de su madre y de su padre trabajaron como peones acasillados (Toledo, 1996) y formaron parte

⁴⁵ Fallecido en 2011, por diabetes.

del personal de servidumbre al servicio de los patrones. Hortensia cuenta que durante su infancia oía a su madre hablar de casos de niños que morían a causa del “ojo”, situación que durante la adolescencia le preocupaba pues no sabía si también a esas edades ella podía verse afectada.

Un segundo momento relevante fue cuando aprendió a identificar ciertas características de personas adultas con la capacidad de enfermar a un niño por el solo hecho de verlo, pues a veces pueden estar ebrias y tener “miradas de calor”, condiciones que podrían desembocar en que un niño enferme. Para Hortensia no está claro si el acto de enfermar al niño implica robarle su energía o sobrecargar de energía al menor. Lo que sí sabe, es que hay personas con la capacidad de enfermar a los menores, aunque sea sin la intención de dañarlos.

Hortensia reconoce no saber muchas maneras de tratar el “ojo”. Y que sus saberes se enfocan en identificar los signos de calentura, incomodidad, lloriqueo, entre otros. También sabe que ella y su esposo eran los responsables inmediatos de no exponer a los niños a la mirada de personas desconocidas o en estado de ebriedad; así como también de buscar y convencer a las personas señaladas para que participaran en la curación del niño enfermo masticando hierbabuena y colocándola después detrás de las orejas del menor. Hortensia considera que para este tratamiento no es necesario el empleo de rezos o imágenes religiosas, pues advierte que, al hacerlo, ya no se estaría frente a una creencia del “ojo”, sino de otras ideas relacionadas con hacer “daño” a un niño, esta medida es uno de los saberes importantes en la salvaguarda de la salud de sus hijos e hijas.

Por otra parte, dentro de los saberes de Hortensia hay otros padecimientos que están relacionados con algunos signos que se presentan en los niños menores de dos años, padecimientos que a veces, como ella menciona, suelen confundirse con “el ojo”. El primero corresponde a una infección en los ojos de los niños frecuente en los meses de calor y que ella vincula a la falta de limpieza y aseo que deben de tener los menores cuando se lavan la cara y los ojos, o bien porque lo hacen con agua contaminada; según Hortensia dentro de algunas familias esta infección es conocida como “males de los ojos”, razón por la cual suele confundirse con el “ojo”.

En un segundo caso Hortensia menciona una enfermedad que afecta a los niños menores de dos años, les genera lloriqueo, incomodidad, calentura, pujidos, calor y una tendencia a recostarse del lado izquierdo o derecho. Para Hortensia la presencia de los primeros tres signos en el menor, suelen ser confundidos con la posible presencia de “ojo”. Sin embargo, dice que en

realidad se trata de la “quebradura”. Afección que solo una terapeuta tradicional, como las curanderas, pueden atender.

Significados del mal de ojo

Según Hortensia, el significado del mal de ojo está relacionado con la “mirada de calor” que realizan algunas personas adultas cuando observan a un niño que les llama la atención. Para ella, esas personas tienen “el ojo caliente”, es decir, tienen la capacidad de dar o quitar el calor del niño (*véase tabla 3.2*). Hortensia recuerda que “el ojo” es un mal que está presente en los niños menores de cuatro años, pero en particular en los menores de dos, siendo los de este rango de edad quienes presentan el padecimiento con frecuencia. Comenta que a finales de la década de 1940 y principios de 1960 cuando pasó de niña a adolescente y joven, se enteró de fallecimientos de bebés por sufrir “ojo”. De ahí que cuando fue madre estuvo afligida porque el padecimiento no le arrebatara de las manos a algunos de sus hijos e hijas. Situación que logró evitar pues siempre contó con el apoyo de su esposo y de su madre para tratar a los menores.

Por otra parte, en la búsqueda de otros posibles significados del padecimiento, notamos que Hortensia no tiene claras las implicaciones que subyacen a la idea de “mirada de calor” o “mirada de ojos calientes” pues, según cuenta, ha sido suficiente con conocer las acciones para contrarrestar “el ojo” en sus hijos. Por eso no ha indagado más allá de las ideas de calor que enferman a los menores. No obstante, recuerda que su madre y abuela en algún momento le sugirieron la opción de colocar un listón rojo en algunas de las extremidades del cuerpo de los menores, esto debido a que el color rojo indica fuerza y rechazo a las miradas de calor. Relata que, por lo menos, lo utilizó en el primer año de vida de sus hijos; sin embargo, considera que la medida no siempre es efectiva pues pese a su uso sus hijos presentaron signos leves de “ojo”, aunque acepta que el uso del color inhibió la intensidad con la que pudo presentarse el padecimiento, como ocurría con hijos de otras familias. Este es un ejemplo de las anécdotas que ha compartido como parte de sus saberes a sus hijas e hijos.

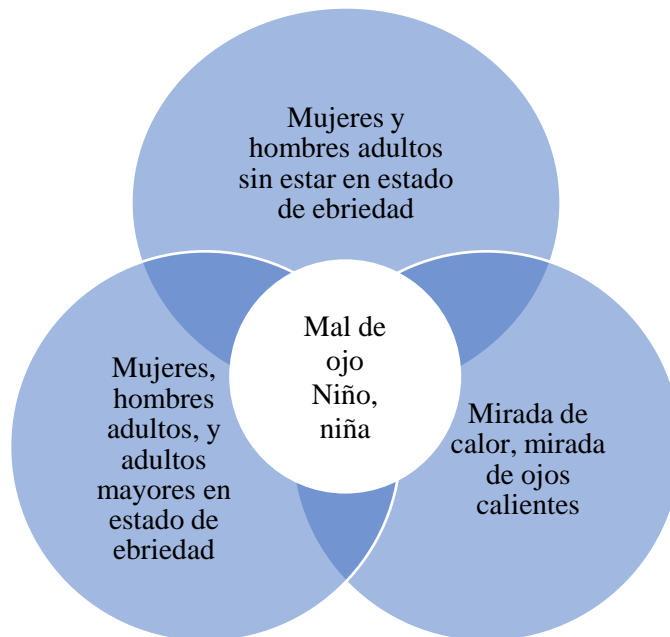
Tabla 3.2 Características de personas señaladas por hacer “ojo”, según la perspectiva cualitativa de Hortensia

Categoría	Género	Clasificación de etapas de la vida	Sociales
En estado de ebriedad	Hombres, mujeres adultas	Adultos maduros, Adultos mayores	Personas a quienes les llama la atención el actuar de un niño, por lo que haga o diga en el momento del encuentro
Mirada de calor, ojos calientes	Hombres, mujeres adultas	Adultos maduros, Adultos mayores	Personas que fijan su mirada en niños quienes, por su actuar, llaman la atención del adulto.

Fuente: Elaboración propia, noviembre, 2021.

Por otra parte, Hortensia afirma que el “ojo” no es una enfermedad, pues en caso de denominarla así debería ser curada por los médicos generales. Como no es así, reflexiona que es una creencia cuyas medidas para resolverla tienen incidencia en la regulación de la temperatura en el cuerpo del menor. Donde lo complicado del procedimiento no está en el uso de los elementos y objetos utilizados, sino en la identificación del sospechoso y en convencerlo para que participe en la curación del niño afectado. Esta acción resulta interesante pues lo que la madre o el padre afectado realizan tiene connotaciones sociales que podemos organizar en categorías de tipo social que caracterizan al padecimiento (*véase figura 3*), estas connotaciones inciden en la mejora y ampliación de la red de apoyo de las familias para controlar el padecimiento.

Figura 3. Características y categorías relacionales con el padecimiento



Fuente: Elaboración propia con datos recuperados de las entrevistas.

En el análisis de lo aportado por Hortensia se observa una intersección de categorías en torno al mal de ojo, de acuerdo con las entrevistas vemos que:

- a) Mujeres y hombres adultos, y adultos mayores que, sin importar el tamaño y color de ojos, son generadores de miradas de calor a través de las cuales enferman al niño.
- b) Hombres y mujeres adultos, y adultos mayores en estado de ebriedad son capaces de enfermar al niño a través de sus miradas de “ojos calientes”.
- c) Personas adultas y adultos mayores, sin considerar a jóvenes, son señalados de hacer el “ojo” a los niños.

3.6.1. Reflexiones recuperadas de los saberes de Hortensia

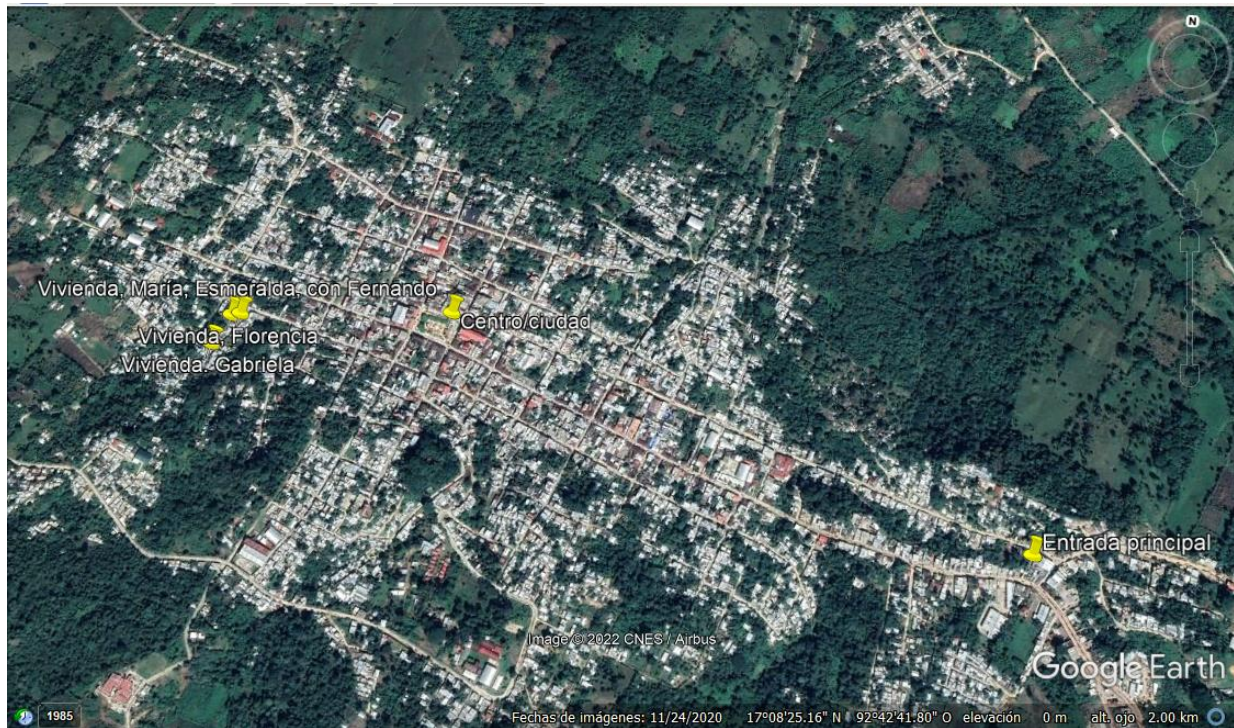
Como puede verse en el testimonio de Hortensia, su conocimiento y enfoque preventivo provienen de lo aprendido en las prácticas de su madre y abuela en el rancho donde nació; y se muestra consecuente al hablar de cierto saber preventivo de este mal, y a su vez duda de algunos significados del padecimiento. Para ella el reconocimiento que hace del color rojo como medida de prevención en el contexto del mal de ojo es un procedimiento de resultados cuestionables, debido a que no siempre fue eficiente, como se lo indicaron sus antecesoras. Si bien replicó en su narrativa que el significado del color es “rechazo a las miradas de calor”, manifestó dudar que eso sea de esa manera. El significado del color rojo planteado por Hortensia es, en cierto modo, similar al manifestado por Arminda, ya que también señaló que esa tonalidad está relacionada con la idea de “rechazo a las miradas”, como de la fuerza que requiere el menor para sobreponerse al mal, por eso creo que el manejo que hacen del color rojo, presentado en listones o prendas de vestir en los menores se convierte en una forma de antítesis de este mal, pues al menos en las dos experiencias de las madres, la utilización del color les ha servido para evitar y reducir la presencia del padecimiento en ellas.

3.7. El grupo familiar de los Montes

La familia Montes, conformada como una unidad, se integra por el matrimonio de Camilo y Florencia quienes, viviendo en casa propia, son una familia nuclear, procrearon a dos hijos y una hija. Ambos son originarios de la cabecera municipal. El liderazgo en la familia es compartido por ambos y son una referencia moral para sus hijos e hija. Florencia sigue siendo la principal conocedora de prácticas para atender la salud de los integrantes de su familia, incluidas sus nueras; la experiencia acumulada para tratar padecimientos de la medicina tradicional la convierten en un referente de la atención primaria de la salud en las generaciones.

De acuerdo con datos recuperados en campo, la distribución de las residencias de las tres generaciones está en la cabecera municipal de Simojovel de Allende, principalmente en el barrio de San Caralampio (*véase mapa 4*).

Mapa 4. Ubicación próxima de residencia de integrantes del grupo familiar uno, los Montes

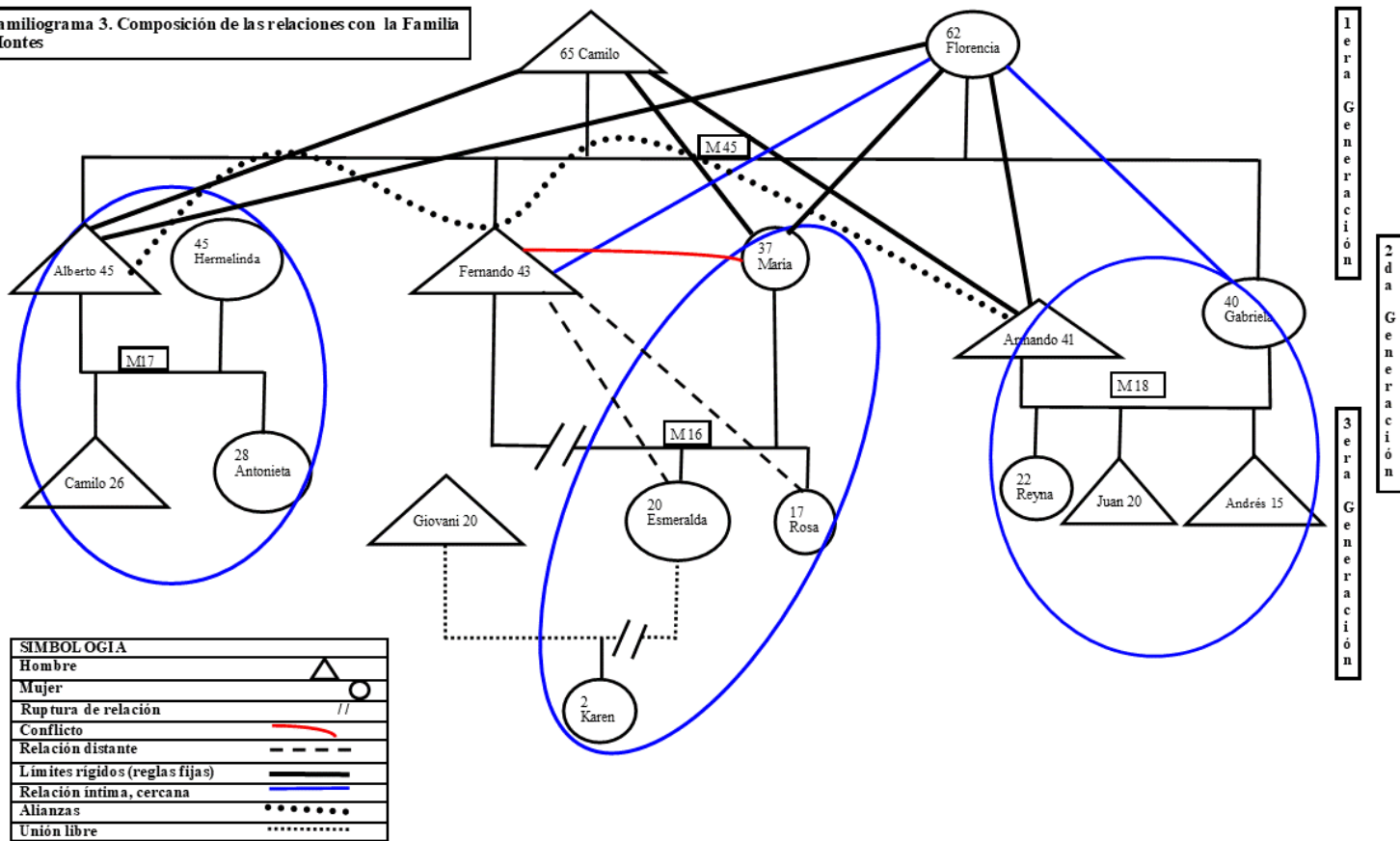


Fuente: Elaboración propia con base en Google Earth, captura del 9 de marzo, 2022.

Familiograma de los Montes

Con base en la composición del grupo familiar se presenta una representación (*véase familiograma 3*) de las relaciones entre las generaciones, y de aquellas que se crean al interior de cada una de las que conforman el tercer grupo familiar.

Familiograma 3. Composición de las relaciones con la Familia Montes



Fuente: El familiograma es elaboración propia, con datos recuperados en campo.

La primera generación se conoció a principios de la década de 1970 y a finales se casaron por la vía civil y por la religiosa. Ambos han sido partícipes de eventos de la religión católica. En su matrimonio procrearon a dos hijos y una hija; Alberto, el primero, tiene 45 años; después está Fernando, de 43, y por último Gabriela, de 40 años. Al paso de los años, la pareja continua su matrimonio y ambos siguen apoyándose en la elaboración del pan tradicional, una de sus principales actividades en todas sus décadas de vida marital. Florencia, como cabeza de familia y principal referencia en el manejo de padecimientos de tipo tradicional, ha apoyado a otras personas tratando algunos males (como el susto, el empacho, el mal de ojo, entre otros) dentro del ámbito familiar y ha sido la principal promotora de la transferencia oral de conocimientos a sus hijos sobre la práctica y los saberes relacionados con el mal de ojo. La segunda generación está compuesta por las familias nucleares de sus tres hijos. Todos fomentan una relación cercana con su madre y padre. A continuación, se describen las relaciones en cada una.

En el primer caso, Alberto lidera a su familia. Él tiene 45 años y está casado con Hermelinda, de su misma edad. Llevan 17 años de matrimonio y tienen dos hijos; Antonieta, de 28 años y Camilo, de 26. Ambos estudiaron licenciaturas en Educación, son solteros y viven con su padre y madre en casa propia. La relación de la familia de Alberto con su Camilo y Florencia es cercana y puntual, ya que viven a un par de casas de ellos.

La segunda familia, la lidera Fernando, de 43 años, quien está casado con María, de 37. Ellos conformaron una familia de tipo nuclear, a los 16 años de matrimonio lograron tener una casa propia, en la que crecieron sus hijas, Esmeralda de 20 años y Rosa, de 17. Su vivienda está ubicada a 50 metros de la casa de Florencia. Actualmente la pareja está separada por conflictos que se desconocen, y fue Fernando quien salió de casa para encontrar refugio en casa de su madre. Cambiando así el mando de la familia, pues ahora está a cargo de María, quien está al pendiente de las necesidades de sus hijas y mantiene una relación estrecha con ellas, contrario a lo que sucede con su padre, pues Esmeralda y Rosa —por causas que no fueron reveladas— mantienen una relación distante, y a veces rígida con él.

Pese a esto, la relación de María como nuera de Florencia no ha cambiado mucho, ya que antes la relación era cercana y estrecha al involucrarse Florencia en el cuidado de sus nietas y compartir sus saberes y prácticas ante padecimientos como el mal de ojo, así como de otros temas de interés mutuo; ahora la relación que ellas mantienen es cercana y directa, aunque no es así con sus Esmeralda y Rosa, sus nietas.

Pasamos ahora a la tercera familia, dirigida por Gabriela, de 40 años, quien está casada con Armando, de 41 años. Tienen 18 años de matrimonio y tres hijos, una de 22, un hijo de 20 y otro de 15 años. Todos viven juntos, como una familia nuclear. Si bien la casa que utilizan es propia, tiene la particularidad de que está ubicada a tres casas de donde vive Camilo y, en general, tienen como vecinos a tíos, primos, entre otros integrantes del grupo familiar que dirige Florencia; ubicación y cercanía que les ha permitido tener una comunicación directa con ella.

En general, los hijos de Florencia y de Camilo mantienen una relación cercana y estricta con ellos, el hecho de tener sus residencias en el mismo barrio y ubicar sus viviendas tan cerca de su madre y padre indica que siguen teniendo comunicación directa y mantienen alianzas que, de cierta forma, marginan a sus parejas al no estar involucradas.

Por último, se aborda la tercera generación, representada por Esmeralda quien, a su vez, es hija de María y Fernando. A sus 20 años Esmeralda mantuvo una relación en unión libre con Giovanni, de 21 años, de esta relación nació Karen hace dos años. A la fecha la pareja se encuentra separada, provocando distanciamiento entre el padre y la niña. Esa condición de madre soltera en Esmeralda propició que la relación y el apoyo que tiene de su madre y hermana se fusionaran, permitiéndole a María convertirse en el principal referente de la atención primaria de la salud para su hija y nieta, pues es quien lidera las prácticas y los saberes que debe tener Esmeralda para diagnosticar, tratar y prevenir el mal de ojo en Karen.

3.8. Florencia, la matriarca en la familia Montes

La primera generación está integrada por dos personas. Siendo Camilo y Florencia quienes lideran al grupo familiar. En su matrimonio procrearon y crecieron a tres hijos, los primeros dos son hombres y la tercera es mujer. Como pareja siguen estando pendiente de la salud de hijos, hijas, nueras, yerno y nietos. Las familias viven muy cerca de la casa de Florencia, ubicada en las inmediaciones del centro y del barrio de Guadalupe, en la cabecera municipal de Simojovel de Allende, ubicación que facilita el contacto de Florencia con hijos y nietos, a quienes transmite desde la oralidad sus saberes y significados construidos desde la experiencia.

Saberes del mal de ojo

Florencia recuerda que desde que era niña escuchó hablar a su madre, tías y otras personas adultas sobre “el ojo”, denominación local para referirse al padecimiento que afecta la salud de bebés y niños. Comenta que en aquella época hubo casos en que los niños morían por esta causa. También rememora que, en su paso de adolescente a madre de familia, observó que su abuela y madre —al ser las personas de mayor edad y experiencia en el cuidado de la salud— utilizaban huevos y hierbabuena como principales elementos de curación. Recuerda que su primera experiencia con el padecimiento fue con su primer hijo enfermo, en esta situación fue consciente de la necesidad de aprender para saber cómo enfrentarlo.

A continuación se describen, a grandes rasgos, los saberes que Florencia ha acumulado y compartido con familiares:

- a) El primero es la limpia que la madre o la abuela realizan al niño cuando observan signos como intranquilidad, tristeza, calentura en el menor, sin presencia de vómitos y diarreas. Florencia indica que cuando esos signos se presentan es porque una persona adulta y desconocida vio al menor y por la mirada le transmitió “calor malo”. Para ella, su madre y abuela son las personas inmediatas que deben intervenir en la curación del menor, pues considera que las personas “grandes” de edad, son las experimentadas para curar y se les debe respetar su posición de enseñanza para tratar la salud de los integrantes de la familia. Recuerda que la curación implica el uso de un huevo de gallina de rancho que pasan alrededor de la cabeza, cuerpo y los pies del menor, después se quiebra y se coloca dentro de un vaso de cristal, esto le permite observarlo a contraluz para interpretar la apariencia y coloración de la yema de huevo; mientras observen cambios en la tonalidad del color en la yema, es decir, indicios de cocción, consideran que deben hacer una segunda y hasta una tercera limpia al niño.
- b) Un segundo saber se refiere al convencimiento que realiza alguno de los padres cuando acude a la casa del sospechoso de haber transmitido el “ojo” al niño. Recuerda que se debe ir con fe y sin enojo o molestia alguna. Relata que en su visita pueden ocurrir dos escenarios. El primero es explicarle a la persona por qué se le busca, mencionarle que para algunos niños su mirada puede resultar dañina ya que provoca que se enfermen y que como

madre entiende que lo sucedido fue sin intención de dañar al menor. Recuerda que, como respuesta, a veces las personas señaladas niegan tener la capacidad para enfermar al niño, a una planta o alguna mascota a través de su mirada; consideran no tener la habilidad ni el fin para hacerlo. Florencia menciona que no se debe perder la paciencia, y se debe convencer y suplicar a la persona que llegue a la casa del menor para que participe en la curación masticando hierbabuena y colocándola detrás de la oreja del niño. El segundo es explicarle a la persona el fin de la visita, advertir que el niño se enfermó minutos después de que él o ella lo vio, sonrió y mostró su gusto hacia el menor. Recuerda que, en estos casos, él o la sospechosa “apenados” aceptan que en otras ocasiones los han acusado y señalado de haber provocado la dolencia en niños o la muerte de plantas y animales pequeños después de haber mostrado su atracción y encanto por aquello que les ha gustado mucho.

En entrevista Florencia comenta que no los acusa de intentar dañar la salud del menor o de otro integrante de la familia, dice que ella tampoco entiende por qué dichas personas tienen la habilidad de enfermar a los niños por la mirada. Así, ella solo les pide tres cosas: 1) acudir a la casa del niño para curarlo, 2) masticar hierbabuena y colocarla detrás de las orejas del niño, y 3) realizar una “limpia” al menor usando un huevo de gallina de rancho, la limpia debe empezar por la cabeza y terminar en los pies. Florencia recuerda que cuando él o la sospechosa es un vecino del barrio les pide que abracen al niño, en especial cuando vayan de visita a su casa o encuentren al menor en otro sitio; de esa manera, considera, también se evita que el menor enferme.

No obstante, menciona que en su época de adolescente no conocía sobre los saberes para prevenir el mal de ojo; ella no recuerda que su madre y abuela le contaran al respecto, pero sí recuerda que, en sus tiempos de juventud y cuando se convirtió en madre de familia, el mal de ojo solo se enfrentaba aplicando tratamientos que las abuelas realizaban a sus nietos y a otros menores e hijos de sus vecinos. Cuenta con orgullo que, durante su periodo de madre al cuidado de sus hijos pequeños, no conoció recursos para la prevención, por lo que siempre implementó medidas de curación para contrarrestar los efectos del ojo y salvaguardar la salud de sus hijos.

Significados del mal de ojo

En cuanto a los significados del mal de ojo que Florencia observa existen dos elementos que están presentes en la descripción. El primero hace referencia al “ojo caliente”, el cual no solo es un calor, sino un elemento que altera la funcionalidad del organismo del niño, quien manifiesta signos como inquietud, calentura y tristeza. Afirma que dependerá de la intensidad del “ojo caliente” si en algún momento se desarrollan síntomas como vómito y diarrea agravando así la salud. Estos sucesos tienen implicación directa en la vida social de la pareja, pues ante el padecimiento a veces se crean situaciones de disgusto o enojo entre los padres porque el niño esté enfermo más aún cuando la madre desconoce quién fue la persona que chuleó al niño.

Florencia considera necesario fijarse en ciertas características de las personas, ya sea mujer u hombre (véase *tabla 3.3*). También en si las personas son señoras, señores, jovencitos o mayores. Además de saber si están sobrios o en estado de ebriedad. Ella recuerda que saber esos datos es importante pues inciden en la gravedad y curación del padecimiento. También recuerda que cuando enfrentó las primeras situaciones de afección por “ojo” con sus primeros hijos, fueron su madre y abuela quienes la apoyaron para curarlos.

Para Florencia, el segundo elemento vinculado al significado del mal de ojo es el temor y miedo que el padecimiento generaba en su propia familia y en la familia compartida con su madre y padre. Según recuerda, no solo tensaba su relación de pareja, sino que también se estresaban más por los dichos de otros familiares, vecinos y amistades que consideraban al mal de ojo una fatalidad pues la vinculaban como la causa de muerte de bebés y niños. Según recordó, fue en la década de 1960 del siglo pasado (cuando nacieron sus primeros hijos) cuando escuchó de fallecimientos de bebés por mal de ojo, estos sucesos la hacían sentir mal pues se cuestionaba si estaba siendo una mala madre por no cuidar bien de sus hijos.

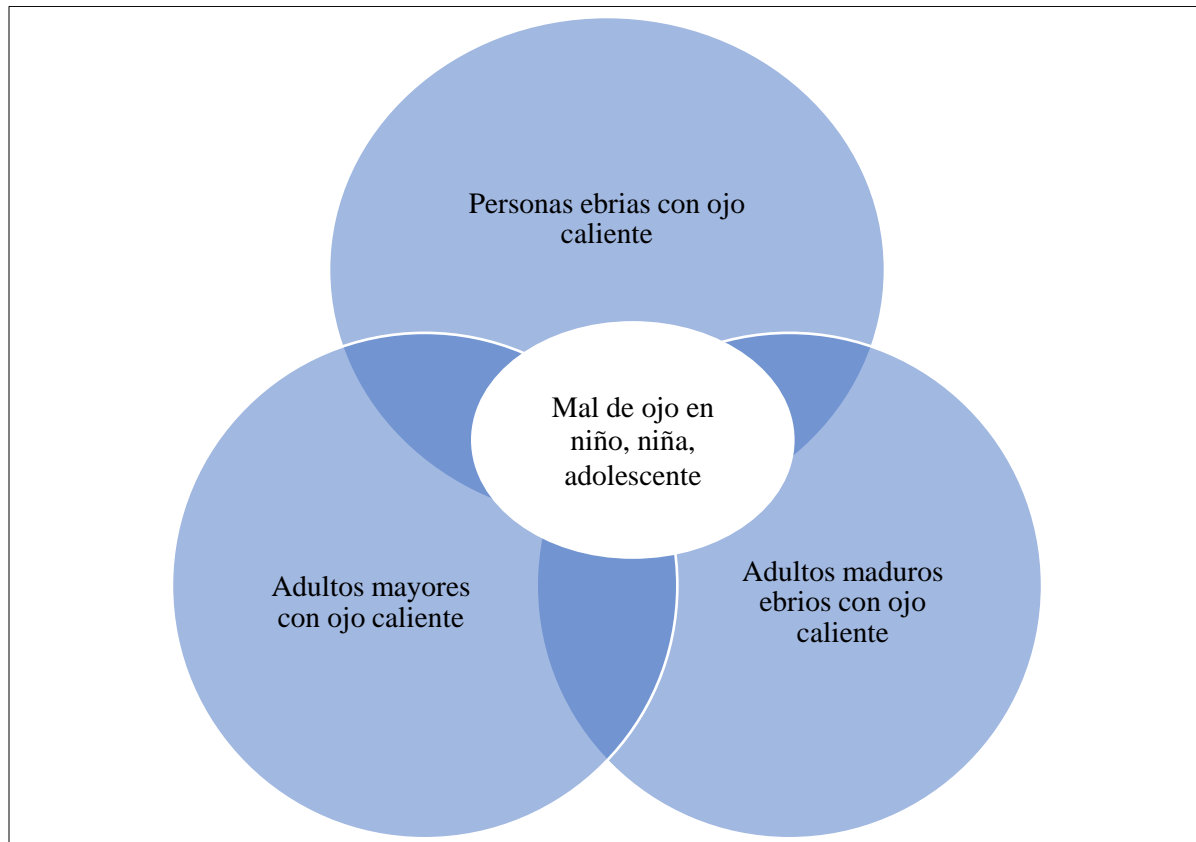
Tabla 3.3 Características de personas señaladas por hacer “mal de ojo” o “el ojo”, según Florencia.

Categoría	Género	Clasificación de etapas de la vida	Sociales
Ojos calientes	Mujeres, hombres	Adultos maduros y mayores	Personas que chulean al niño
Personas en estado de ebriedad	Mujeres, hombres	Adultos maduros, Adultos mayores	Manifiestan su gusto y agrado por el niño

Fuente: Elaboración propia, con datos recuperados en campo, noviembre, 2022.

Otras características y categorías implícitas en los saberes y significados que reconoce Florencia sobre el padecimiento del mal de ojo (*véase figura 4*), y a su vez, se entremezclan en la caracterización de relaciones que lo componen, son los siguientes:

Figura 4. Características y categorías relacionales con el padecimiento



Fuente: Elaborado con datos recuperados de la entrevista a Florencia.

Nótese que hay una intersección de al menos dos categorías alrededor del mal de ojo y que, a su vez, tienen incidencia directa como eje causal del padecimiento. Las intersecciones son las siguientes:

- a) Hombres y mujeres adultos sin estar en estado de ebriedad son personas con potencial para transmitir el mal de ojo por tener en su mirada el “ojo caliente”.
- b) Mujeres y hombres adultos mayores en estado de ebriedad son señalados de tener el potencial para transmitir calor por “ojo caliente”.

Cabe aclarar que estas categorías de tipo caliente y personas en estado de ebriedad, también se relacionaron con el padecimiento del mal de ojo ocurrido a una adolescente en la familia de Florencia.

3.8.1. Reflexiones recuperadas de los conocimientos de Florencia

Como puede verse, los saberes y significados conocidos por Florencia se basan en las ideas y visiones transmitidas por su madre y abuela; cúmulo no exclusivo a las causalidades del mal de ojo sino también sobre el contexto, diagnóstico y tratamientos utilizados para contrarrestar sus efectos en los menores; los saberes y las prácticas las adoptó por enseñanza de sus mayores pues en un contexto de género, por ser mujer y madre de familia, se le responsabiliza del cuidado de la salud de sus hijos e hijas. Por otra parte, llama la atención que cuando se hace alusión a las personas señaladas de “hacer mal de ojo”, no se hace hincapié en las personas jóvenes adultas como posibles responsables de transmitir el calor y solo se enfatiza en los adultos maduros, como también en los adultos mayores que ya cuentan con sus propias familias. Esto lleva a preguntarse por qué ese tipo de adultos son los referidos como personas que hacen mal de ojo, así como también considerar si hay alguna causa que subyace en el rol social que pueda pensarse como factor causal del mal en los niños. Este cuestionamiento sigue abierto a la reflexión en caso de encontrar otras causalidades similares a las experiencias de otras madres cuidadoras de sus hijos con el mal de ojo.

3.9. Ponderaciones finales del capítulo

Como reflexión global en términos de saberes presentes en las familias de esta primera generación, se presenta un concentrado de significados (*véase tabla 3.4*) para observar similitudes, continuidades y conexiones en las prácticas.

Tabla 3.4 Concentrado de saberes y significados del mal de ojo en las prácticas de la familia Sánchez, Cruz y Montes

Familias	Generación	Saberes/prácticas	Significados del mal de ojo	Descripciones
Sánchez	•1era generación. Las abuelas, abuelos	•El mal de ojo, ojo caliente, ojo de bolo debilitan a los niños	•Robar la energía de los niños •Rojo, es rechazo al mal de ojo	Arminda como la parte que aporta sus saberes tiene institucionalizada e interiorizada su perspectiva del mal de ojo
		•Tocarlos y ver si tienen signos: llanto, calentura, irritabilidad. Observar, tocar la parte frontal de la cabeza del menor	•Calor de vista	•Es un indicador que permite a madres y abuelas observar la presencia de signos, pueden hacer un diagnóstico que les permitirá establecer el o los tratamientos terapéuticos para curar el padecimiento en el niño de cero a cuatro años
Cruz	•1era generación. Las abuelas, abuelos	•Uso de listones y prendas de vestir para niño o niña en color rojo	•Color rojo, visto como fuerza, energía	•Hortensia refiere que el rojo remite a la fuerza que debe tener un bebé o niño para hacer frente al mal de ojo
		•Colocar listones y prendas de vestir en color rojo a los menores, previo a exponerlos al público, así no presenten afecciones	•Miradas de calor	•Para Hortensia, “las miradas de calor” por parte de un adulto son el acto de sustraer o sobrecargar de energía al bebé o niño de cero a tres años
Montes	•1era generación. Las abuelas, abuelos	•Identificar al hacedor de mal de ojo, no confrontarlo, pedirle su ayuda en la curación	•Convencer, dialogar con el “hacedor de mal de ojo” u “ojo”	•Con la manera y actitud del padre o la madre para pedir la participación del sospechoso en la curación del bebé o niño con mal de ojo
		•Observar, tocar la parte frontal de la cabeza del menor	•Ojo caliente	•Es un indicador que Florencia observa en la condición del estado de salud del menor, le permite ver los signos presentes para un diagnóstico temprano

Fuente: Elaboración propia, con datos recuperados de las entrevistas.

Con base en el análisis de los datos se identifica que la presencia del concepto de energía en los niños sirve de base para que las madres perciban que eso es “lo que roban o le sobrecargan al menor”, aquellas personas señaladas de “hacer mal de ojo”. Al menos así está en los saberes de

las familias Sánchez y Cruz. Sin embargo, en la familia Montes se refieren al “ojo caliente” no solo como indicador de causa del padecimiento, sino también como elemento de calor que en su presentación o idea de “robar o sobrecargar al menor” implica quitar o poner energía al niño. Situación que remite una condición de susceptibilidad de los niños frente al padecimiento no solo en el rango de 0 a 4 años como se identificó en las familias Sánchez y Cruz, sino que se amplía el rango hasta los diez años, como lo advierte la interlocutora Florencia, de la familia Montes.

En relación con las implicaciones del color rojo, existe una doble percepción de este elemento. Por un lado, lo perciben como energía y calor; por otro, como la fuerza que le hace falta al menor para sobreponerse del padecimiento. Sin olvidar que existen otros elementos que las madres utilizan para contrarrestarlo como el huevo, la hierbabuena, la saliva, entre otros. Desde la percepción de las interlocutoras, el ámbar y los listones rojos sirven para absorber y rechazar dicha energía provista por los que “hacen ojo”.

Cabe destacar que las madres de familia entrevistadas coinciden en señalar que la persona identificada como el que propicia el mal de ojo no lo hace por envidia o con la intención de dañar al niño o a la familia; de hecho, afirman desconocer por qué esas personas tienen la capacidad de emitir calor a los menores. Llama la atención que Florencia, Arminda y Hortensia no incluyen directamente a los adultos jóvenes como proveedores del mal de ojo, pero sí adultos maduros y mayores.

Ahora bien, es “de boca en boca” como las familias van dispersando la información sobre quienes son identificados como los “hacedores del mal de ojo”, esto para que otras personas procuren los cuidados necesarios para no exponer a sus hijos a la interacción con ellos. Por último, cuando en una familia se padece el mal de ojo se debe prestar atención para identificar a quien lo propició, no con la intención de reclamo o de generar un conflicto personal sino con el objetivo de dialogar con la persona señalada para que participe en el proceso de curación del menor; como puede verse hay un proceso colaborativo en la atención de la salud entre el niño, la madre, el padre y el “hacedor de mal de ojo”.

Capítulo 4

Diagnóstico, tratamiento y prevención del padecimiento: cambios y continuidades del padecer según generaciones familiares

4.1. Introducción

En el presente capítulo abordamos cómo establecen el diagnóstico, el tratamiento del padecimiento y cómo se instituyen acciones de prevención de la salud dentro de las familias. El análisis se realiza según generaciones, dentro de los grupos familiares identificados.

Para esto adaptamos el modelo de Leavell y Clark (1965) con una perspectiva más social, lo cual nos permitió describir y analizar el cómo en una primera instancia las familias identifican aquellos signos y síntomas cuando se sospecha del mal de ojo. Siendo necesario identificar al huésped, elementos causales y ambientales en la etapa que llamamos de prepadecimiento,⁴⁶ caracterizada por la interacción del individuo con su ambiente biosocial. De igual manera se considera la etapa de padecimiento en un nivel subclínico donde se identifican los signos y las sintomatologías asociadas a la relación del agente causal con el hospedero, permitiendo así observar rápidamente el diagnóstico, tratamiento y aparición de secuelas, si es que fuera el caso.

También se abordan aquellas acciones que fomentan los cuidados familiares preventivos, por esto se hizo la adaptación de dicho modelo para darle un sentido más biopsicosocial al padecimiento. Recurso que se apoya en las historias experimentadas de ellas como de algún otro integrante de la familia que haya enfrentado el mal. Al ser un fenómeno social, el mal de ojo tiene características particulares de acuerdo con las experiencias vividas en cada generación. Es a partir de dicho modelo, que desarrollamos nuestros análisis según grupo y generaciones familiares.

Este capítulo se organiza en cinco apartados. En el primero se hace referencia a cómo las familias han aprendido sus saberes para establecer los diagnósticos e identificar la presencia del mal de ojo en bebés y niños pequeños. El segundo enfatiza en las distintas modalidades que establecen las familias para realizar los tratamientos terapéuticos, haciendo hincapié en sus orígenes. El tercero se enfoca en la identificación de los conocimientos empíricos de las familias que sustentan sus prácticas preventivas frente a este mal. En el cuarto, se abordó la historia biopsicosocial y cultural del padecimiento, a partir de descripciones concretas de los familiares con el padecer y que, a su vez, permitieron puntualizar cambios y continuidades en el proceso del padecer. Finalmente, en el quinto apartado se discuten los hallazgos generales en conjunto con las conclusiones.

⁴⁶ Como parte de la adaptación a la herramienta se ha decidido sustituir lo prepatogénico, y a su vez, lo patogénico, porque tienen un enfoque biomédico, biologicista (Aguirre, 2011) que acentúa la existencia de elementos infecciosos.

4.2. El diagnóstico del mal ojo por generación en tres familias

A partir de las entrevistas realizadas entre actores clave, rescatamos aquellos discursos donde se identifica el cómo — en una primera instancia— reconocían datos, signos y síntomas de sospecha del mal del ojo, información que les ayudara a las familias a realizar su diagnóstico. También se comparte información acerca de otros padecimientos, entre los que se establece un diagnóstico diferencial con el mal del ojo. A continuación, se describen los hallazgos según generaciones para analizar lo encontrado en tres grupos familiares.

Apartado uno:

4.2.1. Las abuelas como el primer eslabón

Arminda en la familia Sánchez

Arminda y Ramón conforman la primera generación del estudio. Ellos fueron los fundadores de la primera generación de la familia Sánchez. Actualmente ella es quien sigue con vida y es la matriarca del grupo. Por su experiencia en el padecimiento es la referente principal entre sus hijos y nietos para el diagnóstico del mal de ojo, así como de otros males enmarcados dentro de la medicina tradicional y que tienen presencia en las praxis de las familias. Puntualiza que su conocimiento sobre diagnósticos se da a partir de la observación y de *palpar* a la persona que adolece de un mal. Dicha palpación es realizada en la cabeza, sin especificar un área en particular. Explica que los cambios en la temperatura de esta con respecto al resto del cuerpo son un dato que orientaría el diagnóstico del mal del ojo. Esta técnica le fue transmitida por su suegra en el tratamiento para el mal de ojo, la quebradura y otras.

En cuanto a referencias del padecimiento en su seno familiar, Arminda escuchó a su madre hablar del mal de ojo cuando sus hermanos menores — radicados en la cabecera municipal de El Bosque—, eran tratados por ese padecimiento. Narra que llegada su adolescencia se fue a vivir con la hermana de su madre a Simojovel de Allende. Ahí estuvo como cuidadora de los hijos e hijas de la tía, con quienes no recuerda haber observado tratamientos contra mal de ojo. Fue hasta alcanzar la mayoría de edad, casada y siendo una joven madre, que el recuerdo del padecimiento volvió a presentarse en su vida como una mera preocupación, cuando su primer hijo, de menos de seis meses, presentó signos de lloriqueo, “calor de vista”, irritabilidad y “cabeza caliente” (en referencia a la presencia de calentura). Recuerda que mientras su pareja salía de la casa por varios

días a trabajar, fue su suegra la principal fuente de información, y quien le indicó que, por los signos descritos en el recién nacido, se trataba de mal de ojo.

Arminda narra que su suegra le indicó qué tratamientos realizar a partir de observar un cambio o aparición de nuevos signos como vómito y diarrea en el bebé. Estos eran indicadores para un cambio en el tratamiento a seguir, pero también para decidir si debía acudir a una terapeuta tradicional (como una curandera), en la cabecera municipal. Ella considera que fue su suegra quien le instruyó que una primera fase, básica, del diagnóstico del mal de ojo y otros males es la observación del estado físico y emocional. Y el segundo paso es palpar para identificar zonas con anomalías en la temperatura corporal y posible dolor.

La madre recuerda que lo aprendido con su suegra lo replicó en varias ocasiones cuando debía diagnosticar a sus hijas e hijos, pero que también le sirvió para emitir recomendaciones a otras madres y personas conocidas. Incluso, le tocó atender y cuidar la salud de sus nietas cuando aún eran niñas. De hecho, comenta que ha diagnosticado el padecimiento con su bisnieta, aun cuando su nieta argumentó desacuerdo con la práctica del mal de ojo por considerarla una creencia cuya existencia no tiene veracidad científica. También considera que su experiencia de más de 50 años como abuela y bisabuela le ha permitido identificar a las personas adultas transmisoras de calor y, por ende, responsables de robar las energías de los niños.

En la familia Sánchez consideran como sospechosos de ser “hacedores de mal de ojo” a mujeres y hombres en estado de ebriedad. Otra característica de dichas personas está asociada a sus ojos, describiéndoles de color verdoso y grandes. Revelan que, a lo largo de su experiencia, han notado que los recién nacidos con esa característica en los ojos no padecen mal de ojo, pero piensan que cuando sean adultos serán los nuevos transmisores que roben la energía de niños. Para Arminda, está claro que dichas personas no actúan con mala intención cuando abordan a los niños susceptibles al padecimiento; sin embargo, sigue preguntándose ¿por qué esas personas tienen esa capacidad o habilidad para enfermar a los niños? Mientras ella sigue sin tener respuesta, ha hecho que sus hijos, nietos y otras familias aprendan a identificar a los “hacedores de mal de ojo”, compartiendo oralmente sus características y pidiéndoles que, en lo posible, no expongan a sus hijos a esas miradas.

Hortensia en la familia de los Cruz

La familia fue conformada por Hortensia y Eliud hace más de 50 años en la cabecera municipal de Simojovel de Allende. Antes de casarse, trabajaron y vivieron en algunas rancherías del municipio, pues los padres de ambos fueron peones acasillados.⁴⁷ Al casarse decidieron romper con ese modo de vida y se establecieron en zonas aledañas al centro de la cabecera municipal, en San José 2. Y aunque en aquellos tiempos era considerado como vivir en la orilla del pueblo hoy forma parte de uno de los principales barrios de la cabecera. Al paso de los años, la familia procreó cuatro hijos quienes, a su vez, conformaron sus propias familias. Hortensia y Eliud, como abuelos, estuvieron juntos hasta el 2011, año en que él falleció por causas desconocidas.

Hortensia recuerda que escuchó a su madre y su abuela hablar del mal de ojo, y su experiencia más cercana fue ver cómo curaban a sus hermanos. Si bien no recuerda exactamente el procedimiento piensa que su modo de abordar el padecimiento es producto de lo aprendido con su madre. Recuerda que aprendió a identificar que las mujeres y hombres en estado de ebriedad que miran e interactúan con niños son generadores de mal de ojo, y que coloquialmente termina llamándolo “ojo de bolo”. Por lo que ella enseñó a sus hijos e hijas a no exponer a los niños pequeños al contacto con dichas personas.

También considera que hay casos donde las personas adultas, sin estar ebrias, pueden provocar mal de ojo debido a que tienen las miradas *calientes*, esto sucede cuando se sienten atraídos por la forma de vestir o actuar de un niño. En su experiencia sabe que las personas con esas características no tienen la intencionalidad de hacer daño al niño, aunque ella dice no saber por qué poseen una mirada fuerte con capacidad de enfermar y si bien no tiene una respuesta que la convenza, sí tiene claro que los niños que padecen mal de ojo van de cero a cuatro años. Por eso cree que su madre ha transmitido a sus hijas e hijos la recomendación de estar atentos a conocer con qué adultos interaccionan los menores y, por tanto, vigilar y observar posibles cambios en el comportamiento físico y emocional después de la convivencia (por ejemplo, signos relacionados con la disminución del tamaño de los ojos, el decaimiento en el estado de ánimo e irritabilidad). Esto sería una primera llamada de atención para los padres y madres, ya que se piensa que estos signos constituirían un primer nivel en el grado de severidad en el padecimiento del mal del ojo.

⁴⁷ Los peones acasillados como figura agraria, asociada a los trabajadores de las fincas, proviene desde tiempos de Porfirio Díaz. Los peones acasillados recibían muy poco dinero por su trabajo por parte de propietarios y recibían en calidad de préstamo un pedazo de tierra para cultivarlo. La mitad de la cosecha se la quedaba el propietario, finquero o rancharo (Bazant, 1974).

Un segundo nivel de severidad es la presencia de vómito. Más adelante en el apartado de tratamiento se detalla cómo se establece el nivel de severidad.

Florencia en la familia Montes

Florencia y Camilo están casados desde hace 45 años. Ambos son las cabezas del grupo familiar, procrearon a cuatro hijos y siempre han vivido en la cabecera municipal de Simojovel. Florencia recuerda que escuchó hablar del mal de ojo con su madre, sobre todo cuando curaba al resto de hermanas y hermanos por el padecimiento. Ella supone que también fue tratada por este mal por su madre e incluso por su abuela, aunque no tiene un recuerdo claro.

Describe que fue en su etapa de madre cuando el mal de ojo empezó a tener sentido para ella, pues antes no le daba importancia al padecimiento. Sin embargo, fue al tener a su primer hijo cuando se enfrentó a una serie de emociones que derivaron en impotencia al ver que su primogénito estuvo a punto de morir y sin saber exactamente la causa del mal. Recuerda que notaba irritabilidad, incomodidad y el bebé no paraba de llorar, cuando esto sucedió estaba sola con el bebé, y sin el esposo para ir a buscar una partera, un familiar o un curandero que revisara al niño. Recuerda que fue hasta entrada la noche cuando su pareja llegó y le indicó que el bebé estaba grave, sin parar de llorar y ya con vómito, así que la charla con su pareja le ayudó a acudir con su madre. Ahí, junto a su esposo, respondió cuando su madre le preguntó quién había visto al bebé. Ella revela que esto le sirvió de mucho, pues identificó que una mujer conocida de ellos la había visitado en su casa, este dato fue útil para ir a buscarla y convencerla de que regresara a curar al pequeño.

A raíz de su experiencia, Florencia ha puesto especial interés en observar el comportamiento de bebés y niños pequeños cuando presentan irritabilidad e incomodidad, así como lloriqueo o vómito sin causa aparente. Cuenta que, al paso de los años, la observación y la presencia de los signos entre sus hijos e hijas le han servido para aprender y ampliar su conocimiento sobre este mal. Explica que no solo mujeres y hombres adultos están en posibilidades de transmitir calor por la mirada, sino también las personas en estado de ebriedad. Menciona que sigue sin saber por qué hay personas que generan el padecimiento. Lo que sí sabe, es que ha transmitido oralmente a hijas e hijos los cuidados que deben tener cuando expongan a sus pequeños nietos a las miradas de personas en general, más aún si ya tienen identificado a alguien en particular.

4.2.1.2. Apreciaciones sobre el diagnóstico desde las abuelas

Un común denominador es que, una vez conformados sus propios núcleos familiares, las madres cuidadoras recordaron que a partir de anécdotas y conversaciones familiares con sus madres y abuelas fue que ellas empezaron a tratar el mal ya en sus roles maternos. Esos conocimientos les fueron transmitidos oralmente por sus antecesoras para replicarlos y ampliarlos en su praxis con los integrantes pequeños de sus familias.

Otro punto compartido es la presencia de términos de uso coloquial en el padecimiento (véase tabla 4.1), independientemente de las particularidades de cada familia hay un lenguaje compartido. Por ejemplo, algunas expresiones como la “cabeza caliente”, “mirada de calor” y “vista caliente” remiten a las causalidades del mal de ojo y al mismo tiempo son una condición que implica saber las características de las personas sospechosas de generar el mal, ya sea por el color y tamaño de sus ojos, o saber si se encuentran en estado de ebriedad. Estos son datos de interés que debe conocer quien hace el diagnóstico. Ante esto se constituye una técnica de interrogatorio dirigido por la abuela, la madre y la suegra hacia el padre y la madre con el objetivo de buscar e identificar las causalidades y signos asociados.

Tabla 4.1 Resumen de términos populares utilizados por las familias de la primera generación

Términos de uso local	Hacen referencia a:
El ojo	El calor que enferma a niños, también llamado por algunos como mal de ojo
Ojo de bolo	Es un tipo de “ojo”, generado por la mirada de calor de una persona ebria
Mirada de calor Mirada fuerte Vista caliente	Es una manera particular en que un adulto ve a un niño o un bebé. También se entiende como la transmisión de calor, o restarle energía al cuerpo del menor. Los tres términos guardan esas similitudes
Calentura	La presencia de calor que consideran es anormal en el cuerpo del bebé. Teniendo como punto de detección del calor, la cabeza del pequeño
Chulear Chuleado Bonitillo	Mostrar agrado por el bebé o el niño, ya sea porque esté “bonitillo, grandote”, o llame la atención de las personas por cómo esté vestido

Con base en los diagnósticos (véase tabla 4.2), se identificaron algunas técnicas, entendidas como la agrupación de procedimientos dentro de una actividad proveniente de una práctica, y maniobras en tanto “operación material que se ejecuta con las manos” (RAE, 2021).

Tabla 4.2 Maniobras, técnicas y hallazgos identificadas

Término técnico	Acción específica	Hace referencia a:
Maniobra	Convencer al sospechoso	Se trata de que la madre o el padre convencen al sospechoso de hacer mal de ojo al niño, para que participe en la curación
Técnica	Interrogatorio dirigido	Indagar las causas de la dolencia con familiares del menor, esto incluye: conocer las interacciones del pequeño con personas desconocidas, familiares, vecinales (análisis de contactos). Investigar el estado étlico, embarazo, y características físicas como el tamaño y color de ojos de la persona sospechosa de generar el mal
	Palpar	Técnica de la medicina tradicional que usa la madre, la abuela, entre otras, para identificar si hay presencia de temperatura en la cabeza del niño o en otra región de su cuerpo
	Pulsar	Técnica de la curandera en la que usa el dedo pulgar y el índice sobre algunas de las venas (en el área de las muñecas) del niño para identificar el mal que aqueja al menor

Apartado dos

4.2.2. Las hijas madres como el segundo eslabón

Elena en la familia Sánchez

Para la descripción de la segunda generación de la familia Sánchez, nos centramos en información provista por dos de los cuatro hijos, Elena y Luis. Elena es la única hija de la familia Sánchez, ocupa el tercer sitio dentro del grupo de cuatro. Ella recuerda que la primera vez que escuchó hablar del mal de ojo fue cuando era niña y observó que sus hermanos, cinco años mayores, fueron curados de ese padecimiento por su madre. A los dos años de haberse casado con Antonio y de radicar en la ciudad de Tuxtla Gutiérrez, el mal de ojo empezó a tener sentido en su vida, ya que sintió aflicción por no haber evitado que el mal se presentara en su hija. Narra que, durante los primeros días de recién nacida,⁴⁸ sus padres y hermanos los visitaron para conocerla. Después de esto, la bebé presentó signos de irritabilidad, lloriqueos, incomodidad, diarreas, vómitos y calentura.

Elena explica que esos signos fueron de alarma para ella, pues le generaron angustia ya que no sabía exactamente qué hacer. Por eso pidió apoyo a su madre, quien llegó un par de horas después para brindar ayuda en la atención y cuidado. Narra que a partir de observar los signos que

⁴⁸ Se refiere a los primeros 45 días de nacimiento del bebé. Aunque es importante precisar que en términos de la medicina occidental la cuarentena contempla 42 días, aunque a nivel popular se consideran aproximadamente 40 días. A nivel local, en Simojovel se consideran en la cuarentena 45 días para el recién nacido y la madre.

presentaba la bebé, su madre determinó que se trataba de mal de ojo. Refiere que, en la búsqueda de posibles factores causales o detonantes de la condición de salud de la menor, identificaron que había sido el hermano de ella quien había manifestado su agrado por la forma en que estaba vestida la niña. Explica que “el caer en gracia” y el gusto que una persona adulta expresa por un bebé, es lo que genera “el ojo” en los menores. Y aclara que la acción no es intencional. También asume la idea de que a la persona que hace “el ojo” se le puede considerar un participante en la curación del mal, siempre y cuando quiera colaborar (más detalles en el apartado correspondiente).

Fue a partir de la experiencia vivida con su primera hija que Elena incorporó como rutina de cuidado la observación del estado físico y emocional de la bebé durante sus primeros cuatro años de vida; enfatizando en la convivencia con familiares y desconocidos.

Recuerda que la primera experiencia que tuvo con el mal de ojo le sirvió para replicar el método que su madre utiliza en el diagnóstico, consistente en palpar la cabeza de su hija para identificar una posible elevación de la temperatura corporal.⁴⁹ Otra técnica complementaria es conocer quién fue la última persona que interaccionó con la menor y, sobre todo, saber si es un desconocido, un familiar, si estaba o no sobrio o, en su caso, si es una persona con antecedentes de hacer mal de ojo.

Una segunda experiencia compartida por Elena ocurrió a las afueras de la casa de sus padres, en Simojovel, cuando su niño de tres años (hijo de su segunda pareja), interactuó con el panadero, que en ese momento estaba en estado de ebriedad y, en un acto de cordialidad, se acercó a la vivienda para saludar principalmente al abuelo del menor, pues se conocían. Sin embargo, el panadero también saludó al hijo de Elena. Ella recuerda que después de varias horas de ocurrido el suceso y de haber viajado de Simojovel a San Fernando, donde radica con su segunda pareja, su hijo empezó a presentar signos de irritabilidad, lloriqueos, incomodidad, diarreas, vómito y calentura. Hecho que los afligió e hizo que trasladaran al menor al consultorio privado de un pediatra en Tuxtla Gutiérrez. Recuerda que el diagnóstico fue una infección estomacal por lo que medicaron al niño.

Después de una semana volvieron a casa de sus padres en Simojovel, pues el menor mostró mejoría al haber cesado el vómito, la diarrea y la calentura, mejoría que les permitía regresar a sus

⁴⁹Por lo general las familias no usan termómetros para medir la temperatura corporal en el afectado para saber si tiene fiebre o febrícula. En la *vox populi* se usa calentura para referirse a la fiebre, esto está asociado a un calor que presentan los niños en la cabeza, y es identificado a partir de palpar el área referida.

actividades laborales. Sin embargo, dos días después su hijo volvió a presentar vómito, lloriqueo, disentería y falta de apetito. Fue en esa ocasión en que su madre la convenció de que la causa del malestar en el menor podía ser mal de ojo. Así, ante la posibilidad ella, su madre y su padre recordaron qué persona de las que habían llegado a la casa una semana antes, había visto o interactuado con el niño. Fue el abuelo quien mencionó que el panadero había pasado a saludarlo y que el niño había cruzado palabras con él y fue la madre de Elena quien recordó que el panadero era señalado por familias de barrios cercanos por ser un “hacedor de mal de ojo”.

Elena recuerda que su madre le indicó que ella ya no podía curar al niño, a quien consideraban grave. Y que solo quedaba buscar a la curandera que ella conocía. Elena cuenta que estaba en una disyuntiva pues su esposo estaba por llegar para trasladarlos a Tuxtla y llevar al niño nuevamente al pediatra. Al final, el ruego de la abuela hizo que Elena accediera y ambas se trasladaron a la casa de la curandera, quien se apoyó de la técnica de la pulsación (que consiste en colocar sus dedos índice y medio sobre la parte frontal de la muñeca de la mano izquierda y derecha para conocer la intensidad de la sangre) y de una interrogación a la madre y el padre (o quien acompañe al niño) gracias a lo cual la curandera pudo determinar que el menor tenía “ojo de bolo”. Este mal es una variante que se establece por el agente causal (contacto visual con una persona ebria). También señaló que la curandera identificó un aumento de temperatura en el abdomen del menor, y según su explicación este incremento de calor localizado se debía a una disentería, manifestada con deposiciones acompañadas de sangre.

Andrea en la familia de los Cruz

Para la descripción del diagnóstico con la familia de la segunda generación, nos centraremos en las aportaciones de Andrea. Ella es la segunda de cuatro hijos del grupo familiar de los Cruz. Cuando tenía 20 años se casó con Guillermo. Ambos nacieron y crecieron en la cabecera municipal de Simojovel. Al paso de los años tuvieron tres hijos, y fue a los ocho años de casados cuando se divorciaron por diferencias irreconciliables. Andrea comenta que el mal de ojo es conocido dentro de su familia como “el ojo”. Y recuerda haber visto que su madre y abuela curaron a sus hermanos menores por este padecimiento. Aclara que el mal de ojo tuvo sentido para ella cuando su primera hija lo padeció, ante esto experimentó un sentimiento de preocupación pues no sabía con claridad cómo ayudar a su bebé o cómo brindarle algún tratamiento para aliviar su malestar. Recuerda que

en esa ocasión ella y su pareja vivían en la casa de sus padres, pues por aquellos años no tenían los suficientes recursos para rentar o comprar una vivienda.

Andrea sabe que el vivir en pareja en la casa de sus padres le dio la oportunidad de aprender la manera en que su madre hacía el diagnóstico de mal de ojo. Fue a partir de las reincidencias del padecimiento con sus hijos que aprendió que los niños de cero a tres años son propensos a adquirirlo por causa de la interacción visual llamada también “mirada caliente”,⁵⁰ que tienen con una persona adulta que expresa gusto y atracción por el menor. Por eso considera que la madre y padre debe poner atención en las personas que saludan al niño y viceversa. Explica que deben observarse los cambios en el estado anímico del bebé o del niño, pues de estar jugando, gritando y riendo, pueden cambiar drásticamente a un estado de incomodidad, irritabilidad y lloriqueo que puede escalar el grado de severidad en los signos y presentar vómitos y diarreas.

Ella aclara que, una vez conocidos los signos del padecimiento en los niños, se sabrá a qué tratamiento recurrir, por lo que siempre es necesario saber los datos de las personas con quienes interactúa el menor, quienes en ocasiones son desconocidos o vecinos, amigos, amigas y hasta familiares.

María en la familia Montes

María nació en Simojovel y desde pequeña creció en uno de los barrios formados a finales de la década de 1980 en la entrada de la cabecera municipal. Es la segunda nuera de Florencia, pues desde hace más de 16 años está casada con Fernando. No recuerda haber escuchado hablar del mal de ojo en su familia durante su niñez y adolescencia, sino que toda su experiencia con el padecimiento la obtuvo de la familia de su suegra. María vive en casa propia con su esposo, y ser vecina de sus suegros le ha permitido contar con el apoyo de Florencia. Por eso considera que su suegra es la principal fuente oral de información y de aprendizaje.

Para María, la continua convivencia con sus suegros le ha ayudado a mantener una buena relación, pues sus hijos son los segundos nietos de sus suegros y, al ser vecinos, ha contado con ayuda en las dolencias de sus hijas. Ella considera que su experiencia con el padecimiento empezó cuando su primera hija tenía seis meses de edad. Su esposo no se encontraba en casa y su bebé

⁵⁰ Entendida como mirada de calor. En la *vox populi* de Simojovel algunos la comprenden como el traspaso/transmisión de energía del adulto al niño. Otros mencionan que la persona adulta roba o sustrae la energía del niño. En ambos casos se generan las afecciones en el menor.

pasó de un estado de tranquilidad a otro con signos de incomodidad, llanto e irritabilidad. Recuerda que trataba de calmar a su niña pues no sabía qué había detonado su malestar. Incluso la desvistió en busca de rastros de piquetes de insectos y para observar la coloración de la piel o ver si alguna irritación explicaba el cambio repentino en la bebé.

En esta búsqueda notó la presencia inusual de mayor calor en el área de la cabeza. Ante el llanto de la niña la madre sintió desesperación al no saber cómo ayudarla. Así que acudió a la casa de su suegra Florencia, quien primero la interrogó sobre lo que había pasado en su casa, pidiendo que le relatara todo lo que había sucedido horas antes de que la bebé manifestara los signos de malestar. Según recuerda María, su bebé había consumido tranquila su leche, y orinaba y defecaba bien; sin embargo, notaba que había más calor de lo normal en su cabeza. Al respecto, su suegra le preguntó si en el transcurso de la mañana alguien había visto a la niña. Le contó que una señora y vecina del barrio El Cielito había llegado a saludarla a su casa y de inmediato Florencia le dijo que no debía presentar a su hija a cualquier persona, pues algunas tienen la “mirada fuerte”, y cuando manifiestan su gusto y agrado por un menor pueden provocar el mal de ojo. A partir de ahí, María fue más cuidadosa en elegir a las personas que conocían a sus hijas e indagó con vecinos y familiares sobre quiénes “sí hacían mal de ojo”. Explica que, a lo largo de su experiencia como madre, tiene claro que los bebés y los niños de cero a cuatro años son susceptibles y agrega que con mucha frecuencia ha escuchado de familiares y vecinos con experiencias similares.

Ahora bien, comenta que el padecimiento sí puede presentarse en niños mayores, como sucedió con su hija de 10 años quien manifestó decaimiento, calentura, tristeza y falta de apetito, pero en este caso ella pudo realizar el diagnóstico gracias a un recuento exhaustivo de las actividades desarrolladas por la niña, logrando así identificar que el mal del ojo se produjo después de la interacción con una vecina. Para María es importante estar pendiente de quiénes son las personas con quienes interactúan los niños pues la identificación de los sospechosos ayuda a determinar el nivel de severidad.

4.2.2.1. Reflexión sobre el diagnóstico en las segundas generaciones

En esta segunda generación es posible identificar que, al menos dos subgrupos familiares, refieren la absoluta participación de la madre y la abuela en el proceso de diagnóstico del mal de ojo. Solo en un caso tiene presencia la participación de la suegra. Esto podría explicarse dada la cercana relación de parentesco entre la madre y la abuela en los primeros dos grupos familiares. Es importante mencionar que, en relación con los signos que se describen en el diagnóstico, hay coincidencias entre los tres grupos al reconocer el estado de ánimo, irritabilidad, llanto y calentura en el niño, más no en aquellos referidos a diarreas y vómitos que no fueron identificados por la entrevistada de la segunda generación del grupo familiar tres.

En los tres grupos familiares de la generación está presente el uso de términos de uso local (véase tabla 4.3), asociados al padecimiento; de igual forma la necesidad de identificar a las últimas personas con quienes los niños tuvieron contacto. No solo se trata de saber si tienen o no antecedentes de hacer mal de ojo entre las colectividades familiares, sino también de advertir a otros integrantes para prevenir la interacción con esas personas. En dado caso los padres podrán acudir a la persona para que participe en la curación del niño afectado. Por tanto, se precisa que es una técnica empleada en conjunto con la anamnesis⁵¹ del menor, ya que es un interrogatorio dirigido que también se da en el proceso de diagnóstico de la primera generación.

Tabla 4.3 Resumen de términos coloquiales en tres grupos familiares

Términos de uso local	Hace referencia a:
Disentería	Un tipo de diarrea o heces con rastros de sangre

Fuente: Elaboración propia, con datos obtenidos de entrevistas analizadas.

⁵¹ La anamnesis es un concepto utilizado en las Ciencias de la Salud, que hace referencia a interrogar e identificar a la persona para conocer sus dolencias actuales y obtener así, un perfil de datos familiares y personal relevantes como parte del proceso de exploración clínica de la persona (Rodríguez *et al.*, 1999).

Apartado tres

4.2.3. Las nietas madres como el tercer eslabón

Cleotilde en la familia Sánchez

A continuación, se mencionan las aportaciones de Cleotilde, quien representa a la tercera generación en el grupo familiar. Ella es la primera hija de Elena, y vive en unión libre con su pareja Rigoberto, con quien tiene una hija en común. Los tres radican en la cabecera municipal de Simojovel. Cleotilde es originaria de Tuxtla Gutiérrez y poco antes de cumplir los diez años llegó a vivir a la casa de sus abuelos en Simojovel de Allende a raíz del divorcio de sus padres. Relata que la convivencia con ellos fue escasa en comparación con la dinámica familiar que tenía con sus abuelos.

Cleotilde escuchó hablar del mal de ojo desde que era niña y recuerda que en varias ocasiones su abuela la diagnosticó y trató por este mal. De hecho, menciona que su hermanito fue diagnosticado de “ojo de bolo” por una curandera que interrogó a su madre sobre los contactos de otras personas con su hermano horas previas al desarrollo del padecimiento, así que de inmediato sospecharon de una persona en estado de ebriedad que transitaba regularmente por el barrio de sus abuelos. Cleotilde narra que, con paso de los años y a partir de su maternidad el nombre del “ojo” o mal de ojo regresa a sus recuerdos pues en varias ocasiones su hija ha presentado signos de decaimiento del estado anímico, irritabilidad, lloriqueo y fiebre. Ante esa situación ella y su pareja, han optado por acudir a los servicios de la medicina occidental, básicamente apoyándose de médicos del sector privado asentados en la cabecera municipal. Para Cleotilde los conocimientos aprendidos por los médicos con formación universitaria son científicamente validados. Menciona, además, que en ocasiones y dependiendo del padecimiento los médicos occidentales pueden solicitar estudios de laboratorio para complementar sus impresiones diagnósticas. En el caso de su hija Esmeralda, la mayoría de los diagnósticos realizados por los médicos han estado asociados a infecciones estomacales.

Cleotilde comenta que cuando su hija presenta problemas de salud, específicamente con signos como los referidos y otros como vómito y diarrea, por lo general informa de la situación a su abuela materna y a su suegra. Aclara que, en primera instancia, recurre a los médicos occidentales y a su regreso retoma la comunicación con la suegra y la abuela para compartirles el resultado del diagnóstico con los médicos. Narra que también lo hace para escucharlas y saber qué

piensan ellas del estado de salud de su hija. Recuerda que en varias ocasiones ellas han coincidido en sugerir que su hija Esmeralda ha tenido mal de ojo, y por lo regular ha sido su abuela materna Arminda quien le ha pedido que la visite para revisar la salud de la bisnieta. Cleotilde ha accedido en muchas ocasiones para escuchar el consejo de su abuela.

Cleotilde narra que a su llegada Arminda realiza una cuidadosa observación de su bisnieta, con el objetivo de identificar la presencia de signos de decaimiento en su estado anímico, datos de irritabilidad, lloriqueo y presencia de fiebre a partir de la palpación de la menor. Arminda se vale, además, de la técnica del interrogatorio dirigido con el fin de saber si hubo presencia de vómito y diarrea. Enfatiza en interrogar sobre la exposición de la bebé con desconocidos o personas sospechosas de hacer mal de ojo. En su relato Cleotilde dice que su abuela Arminda le ha platicado que hay personas que tienen “la vista caliente, la mirada muy fuerte” por lo que roban la energía de los bebés y de los niños, y por esa razón es que los menores llegan a padecer mal de ojo. Señala que su abuela le ha pedido que no exponga a su hija a las miradas de personas desconocidas y menos a aquellas personas con antecedentes de hacer mal de ojo.

Cleotilde opina que el mal de ojo es solo una creencia que está presente en muchas familias, se considera escéptica ante este padecimiento, razón por la que a veces no está convencida de acudir a la casa de la abuela para contar con su apoyo para establecer o descartar el diagnóstico a su hija. Ella acepta que no sabe con certeza si realmente existe el mal de ojo o si solo es una creencia popular y piensa que en la actualidad no habría necesidad de que la gente siga creyendo en eso, pues considera que hay suficientes servicios de salud provistos por la medicina occidental para el diagnóstico, tratamiento y curación de las dolencias que presenten tanto los niños como las personas adultas.

María en la familia de los Cruz

Recuperamos las aportaciones de María, nieta de Hortensia, quien, siendo hija de Andrea, ha aprendido a lo largo de varias experiencias con el padecimiento del mal de ojo. María nació en la cabecera municipal de Simojovel y no ha tenido otro domicilio. Ella vive en unión libre con su esposo Alexis desde hace seis años. Tienen una hija de cinco años llamada Alejandra. Dice tener vagos recuerdos de haber escuchado a su madre mencionar al mal de ojo como una enfermedad que afectaba a sus primos.

Narra que su conocimiento sobre el mal de ojo, o también “el ojo” como lo llaman su mamá y su suegra, inició a los tres meses del nacimiento de su hija. Desde que se casó y hasta la actualidad han habitado en la casa de sus suegros, conformando una familia extensa,⁵² esta convivencia le ha permitido contar con el apoyo de sus suegros para los cuidados en general de su hija.

Recuerda que su madre y su suegra le recomendaron no exponer a la bebé ante la mirada de personas desconocidas, ebrias, o de quienes tuvieran ojos grandes y de color verdoso. Explica que, de acuerdo con las ideas que tienen como mujeres mayores de edad, quien “hace ojo” sobrecarga de energía a niños susceptibles a su “mirada fuerte” desencadenando así el padecimiento.

Comenta que, a los tres meses, su hija se puso inquieta, irritable, con lloriqueos, vómito y calentura, situación que la preocupó mucho pues no sabía qué le había pasado. Cuenta que recurrió a su suegra para informarle del estado de la niña y que ella, manteniendo la calma, observó a la bebé para notar los signos mencionados y palpó con su mano derecha la frente y el contorno de la cabeza de la niña para darse cuenta de la temperatura. También le iba preguntado si había salido de casa y si había expuesto a su hija a las miradas de desconocidos. La respuesta de María fue que, en horas recientes, ni ella ni su hija habían salido de casa por lo que no sabía por qué la bebé presentaba esos signos. Luego de que la suegra de María no encontró otro signo en la condición de la bebé, concluyó que el diagnóstico era mal de ojo. Recuerda que su suegra le pidió que estuviera pendiente de las personas que ingresaban a la casa, pues alguna persona conocida, o incluso alguien que viviera dentro de la casa, era sospechosa de transmitir y sobrecargar de energía a la bebé.

Esmeralda en la familia Montes

La descripción del diagnóstico en la tercera generación corresponde a la experiencia de Esmeralda. Quien a su vez es la hija de María y nuera de Florencia y Camilo. Esmeralda comenta haber escuchado del mal de ojo en su familia porque su madre y su abuela trataron a su hermana y a sus primos por el padecimiento. De su relación marital con Giovanni nació Karen, en Tuxtla Gutiérrez. Si bien los tres viven en la cabecera municipal de Simojovel, hoy en día Esmeralda está separada

⁵² Se menciona a la familia extensa, ya que, en la narrativa de María, ella junto a su esposo e hijo estuvieron viviendo en casa de su padre y madre; compartiendo reglas de convivencia y gastos para hacer llevadera la relación entre todos.

de su pareja por conflictos maritales sin resolver. Según narra, su experiencia en el diagnóstico del mal de ojo se generó con su primera hija, quien en múltiples ocasiones lo ha padecido.

Reconoce que, al vivir en casa de su madre, es ella quien le ha apoyado a identificar el padecimiento en la bebé; así como también ha sido quien más recomendaciones le ha dado sobre múltiples cuidados que debe dar a su hija, principalmente cuando debe salir de casa con ella. Comenta que la primera vez que reconoció el mal de ojo, fue en una ocasión cuando salió de casa con su hija en brazos y viajó a la ciudad de Bochil, Chiapas, para efectuar trámites relacionados con la obtención de un trabajo en Educación (tiene la licenciatura en Pedagogía). Luego de un par de horas de haber regresado a la casa de su madre, recuerda que su hija empezó a manifestar signos de irritabilidad, lloriqueos repentinos y vómitos. Situación que las puso en alerta.

Cuenta que sentía mucha angustia y culpa porque su hija había estado expuesta y no la había protegido lo suficiente. Su madre, aparte de observar los signos señalados en su hija, palpó con su mano derecha la cabeza de su nieta y encontró que “quemaba la cabeza” de la niña, quien lloraba sin parar. Eso ayudó para que su madre le indicara que se trataba de un “ojo muy malo” pues algunas de las personas que habían visto a su nieta tenían la “vista muy fuerte” y la habían chuleado porque les había gustado mucho la bebé.

Esmeralda dice que experimentar el mal de ojo por primera vez como madre de su hija, ha sido una de las experiencias más angustiantes que ha vivido, sobre todo porque antes desconocía lo que debía observar. Ahora sabe que debe tener un seguimiento del estado anímico de su hija, fijarse en posibles cambios en su comportamiento, y tocar con sus manos, la frente y la cabeza de la niña para observar que no tenga calentura y ni lloriqueos que nuevamente enciendan las alertas.

4.2.3.1. Apreciaciones del diagnóstico en las terceras generaciones

La tercera generación, constituida por las y los nietos de los tres grupos familiares, está abierta a utilizar los recursos provistos por la medicina occidental dada la rapidez en la generación de diagnósticos; no así en la medicina tradicional, donde el proceso es más interactivo y vivencial y donde el uso de términos coloquiales (*véase tabla 4.4*) son necesarios para referirse con mayor precisión. En general dicen que escuchan las recomendaciones de las abuelas, madres y suegras, aunque están abiertos a buscar otras opiniones y recursos para obtener resultados más rápido. De ahí que estén dispuestos a tratamientos provistos por esta última, así como también a combinar recursos.

Tabla 4.4 Resumen de términos coloquiales usados en el mal de ojo, por tres grupos familiares

Términos de uso local	Hacen referencia a:
Quemaba la cabeza	Es un signo que localmente hace referencia a la presencia de calentura en el cuerpo del menor, principalmente en la cabeza
Chuleado	El término es una extensión de chulear, que busca halagar a la persona señalada, en este caso los niños por la manera en cómo visten realizan gestos u otro acto que llame la atención de la persona

Fuente: Elaboración propia con datos analizados de las entrevistas y trabajo de campo.

4.3. El tratamiento del mal de ojo: experiencias generacionales en tres grupos familiares

Con base en las entrevistas se presentan los tratamientos descritos por los actores clave, dando cuenta de las maneras que tienen de tratar el mal de ojo. Se presentan los hallazgos por generaciones para analizar coincidencias y diferencias en tres grupos familiares: Sánchez, Cruz y Montes.

Apartado uno

4.3.1. Procedimientos curativos de las abuelitas

Arminda en la familia Sánchez

Arminda, como la matriarca del grupo familiar, ha generado al menos tres tipos de tratamientos para abordar el mal de ojo. Explica que el primero lo aprendió de su suegra y le sirvió para curar a su primer hijo. Recuerda que el tratamiento implementado dependió, en primer lugar, de las causas consideradas como generadoras del padecimiento, asociando la identificación de signos que complementarían el diagnóstico. Menciona que el primer tratamiento fue una respuesta emergente a factores asociados con las causas del mal de ojo, en específico ante la sustracción de energía por la mirada de alguien que chuleó al menor (en su vivienda o en un espacio público). En la experiencia con su primer hijo la persona sospechosa fue una vecina que estuvo en su casa y expresó que el niño estaba “bonitillo”. Interacción con consecuencias, pues se presentaron signos de “calor de vista”, decaimiento del ánimo, lloriqueo e irritabilidad del menor sin causa visible.

A partir de lo aprendido con su suegra, Arminda consideró el siguiente procedimiento:

- a) Realizar la limpia al menor. Ella, como madre, sujeta un huevo de gallina – sin importar si es criollo, de rancho o de granja – y se lo pasa al menor por todo el cuerpo, empezando por la

cabeza, rostro, pecho, brazos, abdomen, piernas, pies y luego repite el proceso sobre la parte trasera del cuerpo. Después quiebra el huevo y deposita el contenido dentro de un vaso de agua para observar la coloración de la yema; pues narra que es importante ver si hay principios de cocción, lo cual es recurrente. Después, la madre utiliza unas ramas de albahaca y las pasa por ambos lados del cuerpo del menor, murmurando palabras propias de la Iglesia católica. Especifica que no se trata de algún rezo en particular, sino que es a elección de la madre. Al hacerlo, con frecuencia se observa que la coloración de las hojas de las ramas de albahaca cambia de tonalidad, del verde habitual a uno más oscuro. Esta señal le permite a Arminda saber que el calor en el cuerpo del menor está siendo retirado. Después deposita un poco de aguardiente de caña en su boca y realiza la maniobra de *bufeo*⁵³, donde la madre bufea el alcohol sobre el cuerpo del menor, lo que le genera sobresalto debido al cambio de temperatura al realizar la maniobra. Describe que el tratamiento puede aplicarse hasta tres veces si es necesario y que todo dependerá del nivel de calor que le hayan transmitido al niño, lo cual solo se sabe después de observar el grado de cocción del huevo utilizado en el limpia.

b) El segundo lo empleó por el tipo de ojo que presentaba una de sus dos hijas, quien había sido “chuleada” por un hombre conocido de la familia, un vecino del barrio donde viven. Menciona que él tiene la particularidad de tener los ojos grandes, por esta característica Arminda expresa recelo y teme que en la interacción con los niños pueda provocarles mal de ojo.

Cuando su hija tuvo mal de ojo, la niña presentó “calor de vista”, decaimiento del ánimo, irritabilidad, lloriqueo, vómitos y diarrea. Narra que por el tipo de diagnóstico se trataba de un “ojo más fuerte” y el tratamiento de curación implicó que el padre fuera a buscar a la persona para pedirle que llegara la casa de la niña para curarla, pues consideraban que el vecino era el responsable.

Arminda cuenta que, al llegar el sospechoso, lo recibieron con amabilidad y le pidieron que masticara hierbabuena (que tenían en el huerto de su casa), y que después la colocara detrás de la oreja de la niña enferma. Para cerrar la curación, le pidieron al vecino que con sus dos dedos (pulgar e índice) hiciera la señal de la Santa Cruz en la frente de la niña. Menciona que eso fue

⁵³ En la *vox populi* de Simojovel, el “bufear” significa que la persona que cura toma un poco de aguardiente en la boca y luego lo esparce alrededor del cuerpo del menor, cuidando que no llegue a la cara del niño.

suficiente para que después de media hora la niña mostrara mejoraría en su estado de ánimo y posteriormente ya no tuviera ninguna de las molestias características del mal de ojo.

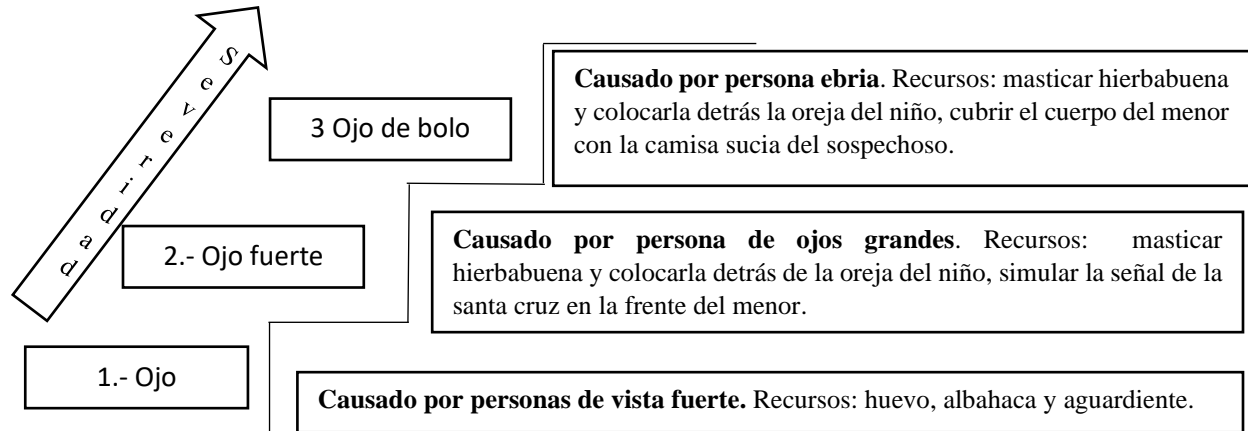
c) Respecto al tercer tratamiento, Arminda señala que es una respuesta al tipo de ojo presentado, pues la persona sospechosa puede o no tener ojos grandes, pero sí encontrarse en estado de ebriedad y mostrar agrado por el niño o niña. Al restarle energía al menor se generan signos como “calor de vista”, decaimiento del ánimo, cabeza caliente, irritabilidad, lloriqueos, vómitos y diarrea. Arminda recuerda que un hijo pasó por ese diagnóstico: “ojo de bolo”. Para tratarlo, el padre buscó a la persona que hizo el ojo y la convenció de visitar la casa del menor para apoyar en la curación del niño (masticando hierbabuena y colocándola detrás de la oreja del niño). Luego, el sospechoso, debía quitarse la camisa sucia y sudorosa, y colocarla sobre el cuerpo del menor por al menos media hora, para luego regresársela; finalmente con sus dedos debía hacer la señal de la cruz en la frente del menor. Esta maniobra del empleo de la ropa de “quien hace el ojo” tendría como objetivo regresar la energía que le fue sustraída al menor.

Arminda ha platicado y enseñado a sus hijos, hijas y nieta los tratamientos que conoce y la recomendación de identificar a las personas de ojos grandes y que estén en estado de ebriedad para evitar, en lo posible, la exposición de sus hijos a esas miradas. Recuerda que cuando era joven y recién se convirtió en mamá, supo de casos de madres que perdieron⁵⁴ a un hijo pequeño a causa del mal de ojo generado por personas ebrias que chulearon a niños, lamentablemente los padres reaccionaron tarde para la curación.

Como puede verse en la descripción, existen distintos niveles de severidad, siendo necesario identificarlos pues el tratamiento dependerá de esto. En este sentido se propone nombrar tres niveles de severidad (*véase diagrama 1*): “ojo”, “ojo fuerte” y “ojo de bolo”, vinculados con el tipo de tratamiento presentado en el diagrama 1. También se enlistan los recursos terapéuticos (*véase tabla 4.5*) vinculados a maniobras de tratamiento realizadas por madres y abuelas.

⁵⁴ Usa esta palabra como sinónimo de fallecimiento.

Diagrama 1. Recursos de tratamiento por nivel de severidad según Arminda



Fuente: Elaborado con datos de la entrevista con la actora de la familia Sánchez.

Tabla 4.5 Recursos utilizados en el tratamiento

Recursos terapéuticos	Maniobras utilizadas
Limpia	La persona que cura toma un huevo y lo pasa por todo el cuerpo del menor, iniciando por la cabeza y hasta los pies. Considérese que hay uso de un rezo de tipo católico que es recitado entre dientes. Antes de terminar, quiebran el huevo y revisan el nivel de cocción que tiene la yema para identificar la absorción de calor negativo que tenía el niño.

Fuente: Elaborado con datos obtenidos en campo, familia Sánchez, primera generación.

Hortensia en la familia Cruz

Hortensia, como líder de la familia, ha logrado transferir los conocimientos aprendidos de su madre, a sus hijas e hijos quienes han puesto en práctica varios de los tratamientos que ella conoció y replicó. Hortensia cuenta que es un mal peligroso cuando no se trata adecuadamente. Recuerda que cuando era joven —e incluso cuando se convirtió en madre— ella y su esposo escucharon historias de familias que enfrentaron tragedias con la muerte de hijos por haber padecido de “ojo” y no haberlos tratado oportunamente.

Ella piensa que esto pasa porque a veces algunas madres no tienen claridad sobre cómo identificarlo ya que los signos pueden confundirse con otros padecimientos. Por eso considera que la madre debe estar pendiente de signos como decaimiento del ánimo, irritabilidad, llanto, calentura y en algunas ocasiones vómito en niños de cero a cuatro años. Destaca que una

particularidad que no debe pasar desapercibida es observar que los niños con el padecimiento también presentan una disminución en el tamaño de los ojos (deben tener “los ojos chiquitos”). Hortensia recuerda que cuando un niño presenta signos de mal de ojo es porque estuvo en contacto con una persona adulta con “mirada de ojos calientes” y en consecuencia le genera un daño. Ella curó a sus hijos e hijas utilizando un tratamiento, según la vía de causalidad.

Cuenta que cuando el sospechoso es hombre, es el padre quien va a pedirle su apoyo en la curación del niño; cuando es mujer, es la madre quien lo hace. Así que la persona sospechosa llega a casa del niño y la madre del menor le ofrece hojas hierbabuena para que las mastique y luego las coloque detrás de las orejas del menor, este procedimiento es suficiente para restablecer la salud.

Es importante mencionar que para este caso la actora solo reconoce un tipo de tratamiento para curar el mal de ojo; pero es viable pensar en otros tratamientos que permitieran la comparación de diferencias que indicaran la existencia de niveles de severidad del padecimiento. No obstante, se rescatan algunos términos (*véase tabla 4.6*), de uso local y maniobras utilizados en el lenguaje y tratamientos.

Tabla 4.6 Recursos utilizados en el tratamiento

Recursos terapéuticos	Maniobras utilizadas
Identificación y convencimiento del sospechoso	Alguno de los padres identifican al sospechoso, hablan con él y lo convencen de participar en la curación del niño

Fuente: Elaboración propia.

Florencia en la familia Montes

La experiencia de Florencia proviene de lo aprendido por su madre quien, a su vez, transmitió sus saberes oralmente a hijas, hijos, yernos y nueras, a partir de que les ayudó en curaciones cuando tuvieron a sus hijos con el padecimiento. Según recuerda, hay personas adultas que tienen la “vista caliente” que cuando miran a los bebés y niños menores de cuatro años y los chulean, los pequeños terminan por presentar signos de inquietud, tristeza, lloriqueos y calentura, aunque algunas veces también vómito y diarrea, eso depende del nivel de calor transmitido al niño, el cual también define la severidad del padecimiento. Para Florencia existen dos tratamientos que responden a la severidad del padecimiento en el menor:

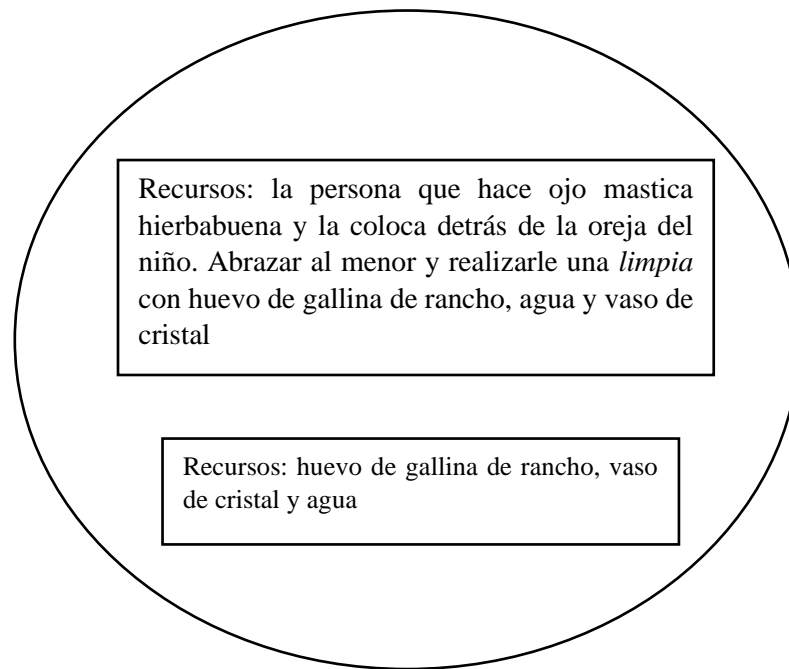
- a) El primer procedimiento que realiza la madre es una limpia, esto como respuesta a signos de inquietud, tristeza, lloriqueos y calentura, pero sin la presencia de vómitos y diarreas. Desde

su percepción este nivel es leve y no es peligroso. En este escenario se utiliza un huevo de gallina de rancho, se frota por todas las partes del cuerpo del menor, de arriba hacia abajo, iniciando por la cabeza y terminando en los pies, para que el huevo absorba el “calor malo”. Posteriormente se quiebra el huevo dentro de un vaso con agua y se observan posibles cambios en la tonalidad de la yema de huevo. Florencia usa el término *cocción* como indicador y describe que, si el cambio de tonalidad en la yema es total es necesario hacer una segunda o tercera limpia para asegurar el restablecimiento de la salud.

- b) El segundo procedimiento también es una limpia, pero su particularidad radica en el nivel de severidad del mal a partir de identificar si la persona sospechosa está o no en estado de ebriedad. Para Florencia esta referencia es importante pues el tratamiento correspondiente a este nivel implica conseguir la participación del sospechoso en la curación. Recuerda que cuando su primer hijo enfermó, identificó que una vecina había sido la última persona en saludar al niño y expresar su agrado por él. Así, fue en su búsqueda para pedirle su colaboración. La vecina masticó hojas de hierbabuena (que Florencia tomó de su propio jardín), y luego las colocó detrás de las orejas del niño de un año. Después lo abrazó, tomó un huevo de gallina de rancho y lo pasó por todas las áreas de su cuerpo; después quebró el huevo y depositó su contenido dentro de un vaso de agua. Para Florencia esto es necesario pues le permite saber el nivel de calor y si fue absorbido o no por el huevo. Posteriormente el menor pasa a una etapa de restablecimiento.

Como puede verse, en la experiencia descrita no hay elementos que planteen niveles de severidad por agentes causales en el diagnóstico (*véase diagrama 2*), más bien se tiene variedad de recursos por tipo de tratamientos.

Diagrama 2. Recursos de tratamiento por variedad del mal de ojo.



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora de la segunda generación, primer grupo familiar de los Montes.

4.3.1.1. Reflexiones sobre el tratamiento que realizan las primeras generaciones

Si bien los testimonios arrojan diversos recursos y tratamientos de acuerdo con las gravedades por atender, no está claro cómo identificar los niveles de severidad. Pues en comparación con el primer grupo familiar, había una visión más estructurada de los niveles de severidad por diagnóstico, agente causal y tratamiento. Aquí, por su parte, lo que se tiene son variantes en los tratamientos.

Apartado dos

4.3.2. Del cómo las hijas tratan el mal de ojo con sus propios hijos: el caso de las segundas generaciones

Elena como madre en la familia Sánchez

La experiencia de Elena en el tratamiento gira en torno a tres procedimientos por nivel de severidad y signos. Recuerda que cuando su hija tuvo mal de ojo, presentó signos como el lloriqueo, irritabilidad, calor de vista, calentura y vómito. Comenta que su madre y ella coincidieron en que la única persona que había “chuleado” a su hija había sido su hermano Luis, quien había llegado a su casa, así que le pidieron efectuar el primer procedimiento consistente en:

a) Realizar una limpia a la bebé. Recuerda que ellas le dieron un huevo (de gallina de granja) y albahaca para que él realizara el procedimiento consistente en tomar el huevo con su mano derecha y pasarlo sobre ambos lados del cuerpo de la bebé (cabeza, rostro, brazos, abdomen, pecho y pies). Después, él rompió el huevo y depositó el contenido dentro de un vaso de cristal con agua. Después le pidieron que pasará tres ramas de albahaca sobre el cuerpo del menor (previamente revisadas para evitar la presencia insectos). Al terminar, observaron que las hojas de la hierba ya no estaban frescas, sino que tenían una coloración oscura. Esto y el grado de cocción de la yema de huevo les indicaron que, si bien había mal de ojo, al no haber una cocción total de la yema la bebé mostraría mejoría. Elena recuerda haberse sorprendido al observar que la curación tuvo efectos positivos, pues su hija recuperó su estado de ánimo, se detuvo el lloriqueo anormal y desaparecieron la calentura y el vómito.

b) Un segundo tratamiento empleado por Elena implicó saber si la persona sospechosa de sustraer la energía del niño estaba en estado de ebriedad, tenía ojos grandes y si mostró gusto y atracción por el niño. Comenta que un caso como este es llamado localmente “ojo de bolo”.

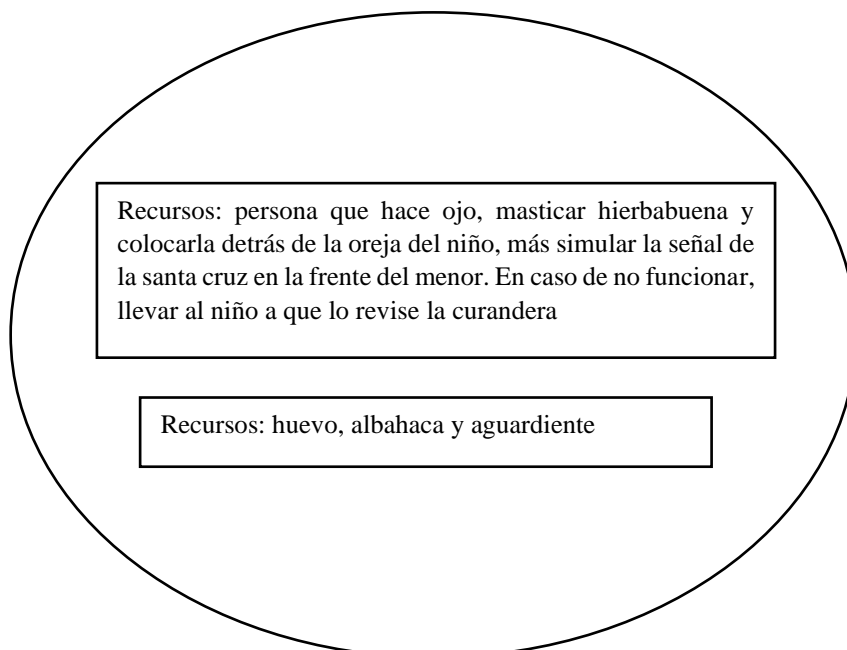
Según recuerda, aprendió de su madre dos maneras de curarlo. La primera consiste en que la madre o el padre identifican a la persona sospechosa, la buscan y le piden que los ayude a curar al niño masticando hierbabuena y colocándola, después, detrás de las orejas del menor. La segunda es cuando los padres no identificaron a la persona sospechosa, y los signos de “calor de vista”, cabeza caliente, decaimiento, llanto, irritabilidad, vómito y diarrea, se agudizan. Ahí es conveniente acudir a una curandera, pues es la única que puede ayudar. Recuerda que con su segundo hijo ocurrió que una persona ebria mostró su agrado. Y cuando presentó los signos mencionados, viajó a Tuxtla para que su hijo fuera tratado por un pediatra que le diagnosticó una infección estomacal.

Sin embargo, después de una semana el niño no mostraba mejoría. Estando en Simojovel su madre notó signos de disentería en el niño, ante esto la convenció de acudir a la curandera pues la presencia de sangre en las heces representa el cuadro de mayor severidad. Recuerda que la curandera los interrogó sobre la razón de su visita, a su vez palpó las muñecas del niño con sus dedos pulgares e índice para interpretar las causas del malestar. Les dijo que el niño tenía “ojo de bolo” y que lo curaría. Elena cuenta que la curandera hizo una limpia con huevo y albahaca mientras susurraba palabras que ellas no entendían. Luego les recomendó que, al llegar a casa, dieran de comer al niño pues tendría mucha hambre. Elena recuerda haberse sorprendido por el

trabajo realizado por la curandera, pues su hijo empezó a recuperarse. Reconoce que las dos principales experiencias que ha tenido le han servido como tema de conversación con otras madres de familia, y también hace recomendaciones a su hija que tiene a una bebé de tres años.

Como pudo verse, en la experiencia descrita no es clara la presencia de elementos relacionados con niveles de severidad por agentes causales, sino que se enfoca en los diversos tratamientos (*véase diagrama 3*), como se presenta a continuación:

Diagrama 3. Recursos por variedad de tratamiento



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora de la segunda generación, primer grupo familiar de los Sánchez.

Andrea como madre en la familia de los Cruz

Las experiencias que aprendió Andrea con su madre, las aplicó para hacer frente al padecimiento cuando fue madre. Cuenta que sus tres hijos adolecieron del mal cuando fueron pequeños y recuerda que fue gracias a las enseñanzas de su madre que aprendió a curarlos; además, en el proceso hizo adaptaciones a los tratamientos para asegurar su efectividad. Los tratamientos están relacionados con los signos observados en el diagnóstico.

En el primero caso Andrea menciona que deben considerarse los signos que presenta un niño: irritabilidad, estar chillones y tener calentura; para identificarlos la madre palpa la cabeza del

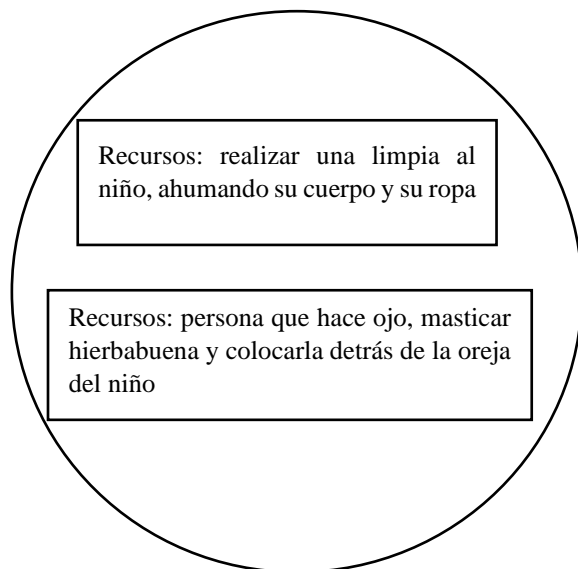
menor para saber si es un calor leve o fuerte. Para este momento se debe de tener identificada a la persona sospechosa e invitarlo a colaborar en la curación. Recuerda que, en su experiencia, ninguna de las personas se negó a participar, incluso les indicaba lo que debían hacer. En este caso era invitarlos a llegar, masticar hierbabuena y luego colocarla detrás de las orejas del pequeño en cuestión. Recuerda que la efectividad del procedimiento era casi inmediata, pues después de aproximadamente 30 minutos de realizada la curación y de la convivencia del niño o niña con el sospechoso, el menor empezaba a recuperar su salud.

Un segundo tratamiento es para niños que además de los signos mencionados, también presentan vómito y diarrea, aunado al desconocimiento del padre y la madre de quién pudo generar el mal. En esta situación, comenta Andrea, es necesario realizar una limpia al niño, pero con una variante: ahumarlo a él y a su ropa. En su interpretación se trata de quitarle el calor malo que alguien depositó en su cuerpo, señala que el tratamiento implica usar tres huevos de gallina de rancho, un incensario, brasas obtenidas del fogón de la casa más la ropa que usará el niño durante una semana.

Andrea cuenta que con la ayuda de la mamá se desviste al niño, y ella le pasa un huevo por todo su cuerpo, el proceso se repite hasta dos veces. Luego quiebra los huevos y como especie de unguento, lo unta sobre el cuerpo del niño incluyendo la cabeza y la cara. Después colocan trozos de huesos de tuza para que se consuman con las brasas. Luego entre dos personas toman al niño, lo levantan y de colocado horizontalmente, lo ahúman una y otra vez sobre el incensario. Acto que repiten para limpiar la ropa del menor. Después lo visten y solo hasta después de dos días, el niño es bañado para quitarle los rastros del unguento. El resto de la semana seguirá usando la ropa que le fue ahumada. Andrea aclara que, aunque el tratamiento es largo, vale la pena hacerlo porque es efectivo.

De los recursos (*véase diagrama 4*) y tratamientos realizados por la generación de los Cruz, se describen dos, aunque no es posible identificar su uso por niveles de severidad.

Diagrama 4. Recursos de tratamiento por variedad de tratamiento



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora del primer grupo familiar, los Cruz.

María como madre en la familia Montes

María recibió de su suegra dos enseñanzas importantes respecto a los tratamientos en niños de cero a cuatro años. Aunque reitera que en su experiencia reciente su hija de 10 años presentó inquietud, calentura, cansancio y luego tristeza, produciendo inactividad en el día. María cuenta que, por lo general, los signos con sus otras hijas eran inquietud, llanto, vómito y diarrea, manifestados al regresar después de estar fuera de su casa, en otras ocasiones también estando en ella y con poco contacto con personas del exterior (a veces vecinos o familiares de visita).

Según su experiencia con sus hijas, existen dos tratamientos:

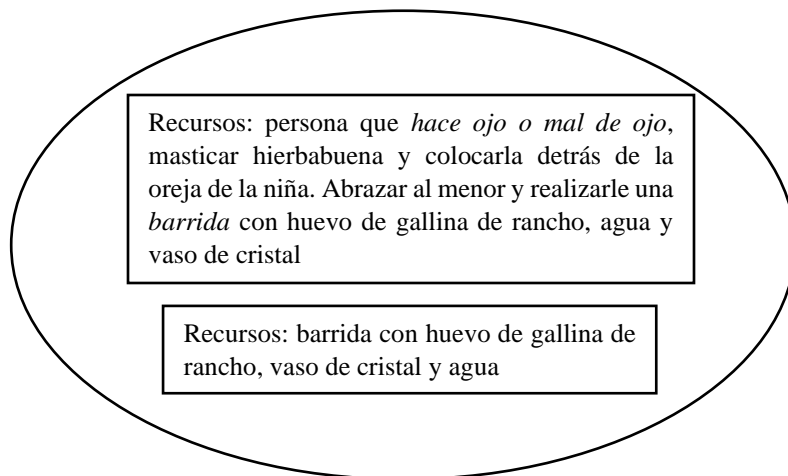
- a) El primero aplica cuando no tienen referencias de la persona adulta y sospechosa de haber mostrado agrado y gusto por alguna de sus hijas. Además de que, en los signos del padecimiento, no hay manifestación de vómitos y diarreas. El procedimiento es realizar una *barrida* a la niña o al bebé. Ella como madre, toma un huevo de gallina de rancho y lo pasa por todo el cuerpo del menor para absorber el calor innecesario que tenga. Luego rompe el huevo dentro del vaso de cristal con agua, y verifica si la coloración de la yema tiene puntos oscuros que le indiquen la presencia de calor absorbido. A partir de este procedimiento puede saber si a la niña le hicieron "un ojo muy malo" o "uno no tan malo",

que implique la repetición de este tratamiento. Reconoce que por lo general la mayoría de las ocasiones en que sus hijas han padecido el mal de ojo, este no ha sido tan severo, como sí ha sucedido en otras familias.

- b) El segundo tratamiento que María ya maneja como parte de su larga experiencia está relacionado con los signos señalados, a los cuales se suman vómito y diarrea. Recuerda que en este segundo tratamiento es importante la colaboración de la persona sospechosa de provocar “el ojo”, por lo que es vital identificarlo. Una vez con los datos, ella ha ido a pedirle a vecinas o familiares que lleguen a su casa para ayudarle a curar (masticando hierbabuena y luego colocándola tras la oreja) a la hija con el padecimiento. Narra que en ningún caso las personas se han negado a participar en el procedimiento. Después abraza a la niña (bajo observación de la madre), toma un huevo de gallina de rancho —suministrado por la mamá de la menor— y lo pasa por su cuerpo. Haciendo su procedimiento más lento en el área del abdomen y la cabeza de la menor. Después se rompe el huevo y se vierte el contenido en un vaso de cristal con agua, es María quien toma el vaso para verificar la presencia de puntos oscuros de calor en la yema, pues es una referencia de que el calor fue absorbido por el huevo.

A continuación, se presentan los dos tratamientos (*véase diagrama 5*) recurrentes en las experiencias de la generación de los Montes, no se identificaron elementos que apunten a niveles de severidad.

Diagrama 5. Recursos por variedad de tratamiento



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora de la segunda generación, primer grupo familiar los Montes.

4.3.2.1. Apreciaciones del tratamiento con madres de la segunda generación

Con base en las aportaciones de las actoras es posible notar que al menos cada uno de los grupos familiares tiene dos tratamientos recurrentes, en los cuales hay presencia de elementos católicos que probablemente están incidiendo tanto en las réplicas como en el sostenimiento de las prácticas contra el padecimiento, el cual no solo involucra a las familias participantes, sino también conlleva la presencia de otros agentes terapéuticos, como son los curanderos tradicionales que, por su papel social dentro de la medicina popular, ayudan a reforzar las prácticas de un padecimiento vigente entre las familias.

Apartado tres

4.3.3. Del cómo las nietas curan a sus hijos: las terceras generaciones

Cleotilde, la nieta madre en la familia Sánchez

Cleotilde tiene 23 años y una pareja de 30, tienen una hija de 3 años. Relata que, a lo largo de este periodo, su hija ha sido tratada por mal de ojo por parte de su abuela y no por ella, pues es escéptica en cuanto al padecimiento y no está convencida de que exista como enfermedad. Cleotilde cree que en estos tiempos las madres y los padres deben recurrir a los servicios de la medicina occidental que se ofrecen en Simojovel de Allende y en otras ciudades. Narra que cuando su hija

ha presentado signos de calentura, calor en la cabeza, lloriqueo, irritabilidad y en algunas ocasiones vómito y diarrea, siempre recurre al médico familiar de los servicios privados en la cabecera municipal. Esto como su primera opción y cuando es necesario recurre a otros servicios médicos especializados en Tuxtla Gutiérrez. Comenta que en la mayoría de las veces los malestares se han relacionado con infecciones estomacales, corroboradas con estudios de laboratorio que el médico solicita. Para ella el consumo de medicamentos bajo control médico es la mejor opción para que su hija recupere su salud. Comparte que su posición sobre el mal de ojo y su perspectiva de la medicina occidental le han generado algunas fricciones con su abuela Arminda. Ya que cuando observa que su hija presenta cambios en su estado anímico decide avisar telefónicamente a su abuela que llevará a su hija a valoración médica, y en el proceso le informa de los signos que presenta la bebé.

Recuerda que cuando el médico le ha dado un diagnóstico y adquiere los medicamentos, ella comúnmente acude con su esposo a la casa de su abuela para que vea a su bebé, pues sabe que le preocupa el estado de salud de la bisnieta. Comenta que en la mayoría de los casos en que han acudido al médico y a la casa de la abuela, Arminda observa los signos y palpa a su bisnieta para hacer su diagnóstico, el cual casi siempre termina en mal de ojo, así que inmediatamente su abuela toma un huevo de granja y le hace una limpia para quitarle el “calor de vista” y la calentura que a veces sí tiene su hija. Refiere que luego de ambos procedimientos médicos, la salud de su hija mejora, mas no sabe a cabalidad si es la limpia lo que ayuda a su hija o el consumo de los medicamentos (incluido el paracetamol para la calentura).

Cleotilde no es una practicante total, los tratamientos descritos son realizados principalmente por su abuela para su hija y bajo su anuencia, por tal razón no hay forma de identificar niveles de severidad en la narrativa que ameriten un diagrama, como se ha presentado en otros casos.

María, la nieta-madre en la familia de los Cruz

María narra que dentro de sus experiencias hay dos procedimientos terapéuticos, sus aprendizajes tienen una historia distinta y han sido replicados cuando se trata de curar a su hijo, por eso, en la descripción también se hará énfasis en el nivel de severidad a partir de las diferencias identificadas.

El primer tratamiento responde a un nivel de severidad bajo, identificado a partir de las prácticas que realiza por el origen causal del padecimiento. Aquí el niño presenta signos como

inquietud, irritabilidad, llanto y tiene la cabeza caliente por haber sido observado por una persona adulta con “mirada fuerte”. Para María, palpar la cabeza del niño y percibir que hay más calor del debido, es un indicador que le permite interpretar que el niño tiene calentura,⁵⁵ lo que derivará en que su suegra y ella realicen una limpia.

Ha aprendido que cuando no hay posibilidades de utilizar un huevo también sirve un limón tierno, el cual se frota en todo el cuerpo del menor. Cuando usa el huevo, lo rompe y deposita su contenido dentro de un vaso de cristal con agua para revisar si la yema presenta puntos de cocción que le indiquen si la presencia de calor de vista es mayor y si requerirá otra limpia con los materiales ya mencionados. A veces, después de realizada la limpia, han notado que la calentura no cede lo suficiente para que el niño se sienta bien, y ha optado por acudir a la farmacia, comprar paracetamol infantil y dárselo a su hijo, pues considera que así también lo ayuda a recuperar su salud.

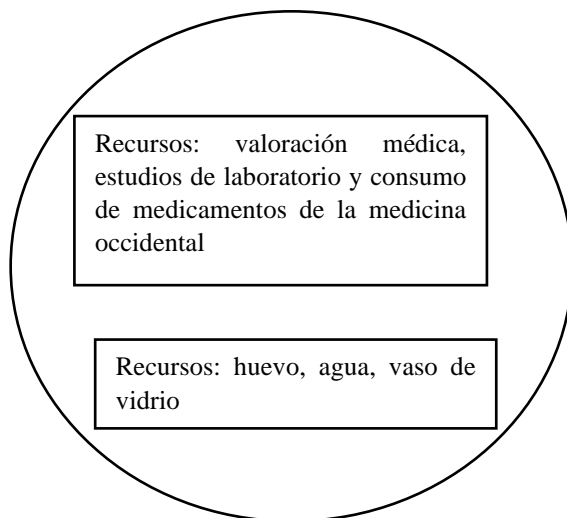
El segundo tratamiento responde al tipo de signo y causalidad detonantes del padecimiento, pues se presentan irritabilidad, lloriqueo, calentura y en algunos casos también vómito. Menciona que un origen causal es la interacción entre la niña y una persona adulta de ojos grandes en estado de ebriedad con quien se hayan generado “miradas fuertes”. María refiere que cuando suceden estos encuentros se identifica a la persona sospechosa y, dependiendo del género, será la madre o el padre quien le hable y la convenza para que colabore.

Hasta el momento ninguna de las personas con estas características se ha negado a participar en la curación, la cual consiste en que el sospechoso acude a la casa de los padres y ahí le entregan hojas de hierbabuena, le piden que las mastique para luego colocarlas detrás de las orejas de la niña. María refiere que este tratamiento es efectivo ya que 30 minutos después de haberlo realizado, la niña muestra importante mejoría en su estado de salud.

Resalta que, aunque María no narra en sus experiencias niveles de severidad, al menos sí hace hincapié en identificar tipos de tratamientos que responden solo a agentes causales (*véase diagrama 6*).

⁵⁵ Es importante mencionar que cuando la entrevistada hace alusión a la calentura, se refiere a la temperatura corporal en el niño. Sin embargo, no tienen registrado el uso de instrumentos de medición, como son los termómetros, dentro de sus prácticas.

Diagrama 6. Recursos por variedad de tratamiento



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora de la segunda generación, primer grupo familiar Cruz.

Esmeralda, la nieta-madre en la familia Montes

Esmeralda es una joven madre de 20 años, su experiencia reciente sobre la implementación de tratamientos empezó en los primeros meses de vida de su hija quien, aclara, es muy susceptible a las miradas de personas adultas con vista fuerte, pero también a mujeres y hombres en estado de ebriedad. Con el apoyo de su madre ha aprendido a realizar tratamientos asociados a los signos y causalidades. De tal manera que las curaciones han sido distintas, con al menos dos tratamientos.

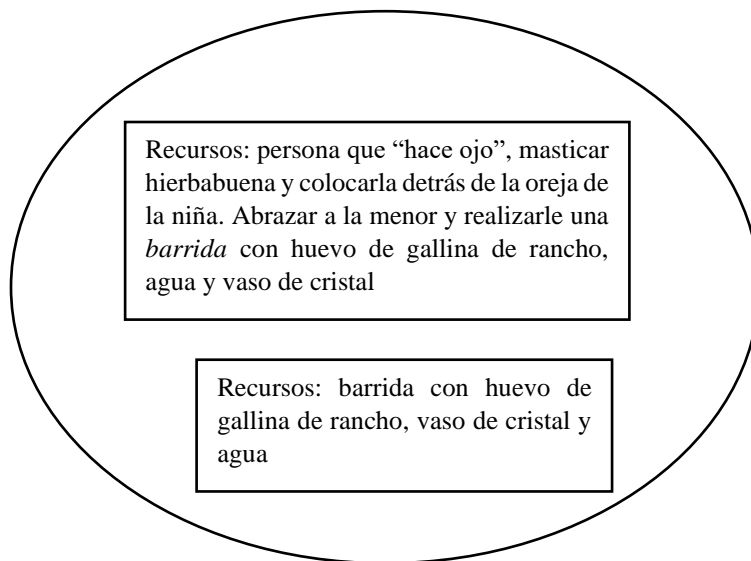
El primero implica la realización de una *barrida* también llamada limpia. Para Esmeralda, este tratamiento se decide con base en la observación de los signos, los cuales ve cuando vuelven a casa después de gestiones laborales fuera de ella. Esta condición dificulta la identificación de la persona que vio a su hija con vista “fuerte”. Así pues, su madre y ella realizan una barrida (pasan un huevo por todas las partes del cuerpo de la pequeña). Después lo rompen y vacían en un vaso con agua, esto les sirve para saber qué tipo de calor tiene la niña. Si hay puntos oscuros en la yema de huevo es un indicador de un “ojo que no es tan malo”.

El segundo tratamiento hace referencia a la persona sospechosa de hacer mal de ojo, quien es invitado o invitada por la madre a participar en la curación (debe masticar hojas de hierbabuena proveídas por la madre de la niña, para después colocarlas detrás de las orejas de la menor).

Esmeralda recuerda que solo se acude a este tratamiento cuando la bebé presenta solo signos de incomodidad, llanto, irritabilidad, calentura, vómito y diarrea, así que considera que este tipo de ojo es más fuerte que en el caso anterior, por eso es importante identificar a la persona sospechosa, porque en la mayoría de las ocasiones están en estado de ebriedad y la mirada de calor es muy fuerte. Recuerda que cuando la calentura es muy alta, ha utilizado paracetamol infantil para ayudar a la recuperación de su hija.

Esmeralda no identifica niveles de severidad, aunque sí dos tratamientos que responden a ciertos orígenes causales y que forman parte del universo de los recursos (véase *diagrama 7*) con que las familias tratan el padecimiento.

Diagrama 7. Recursos por variedad de tratamiento



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista con la actora de la segunda generación del primer grupo familiar, los Montes

4.3.3.1. Reflexiones recuperadas desde las nietas madres

Como vemos, una de las nietas no es participante activa de las prácticas de curación del mal de ojo porque se considera escéptica; en contraposición a otras dos actoras practicantes, quienes coinciden en que en su práctica sí observan la existencia de una diferenciación asociada a signos y factores causales, y si bien no tienen una denominación que implique niveles de severidad, en su práctica sí logran identificar entre un mal de ojo, “un ojo que no es tan malo” y otro que “es un ojo muy fuerte”.

Por otra parte, destaca que estas generaciones no solo están en un proceso de continuidad y alteración en las prácticas del tratamiento, sino también en la adopción de otros elementos, como la incorporación de paracetamol para hacer ceder la calentura.

4.4. La prevención del mal del ojo: experiencias en tres generaciones familiares

Entendemos como acciones preventivas las actividades que realiza una familia para procurar que sus integrantes no adolezcan del padecimiento. En este apartado se retoman aquellas descripciones y narrativas insertas en prácticas preventivas presentes por generaciones de los tres grupos familiares, los Sánchez, los Cruz y los Montes.

Apartado uno: experiencias de las primeras generaciones

4.4.1. Las abuelas en la prevención del mal de ojo

La abuelita Arminda en la familia Sánchez

Arminda refiere que su conocimiento sobre medidas preventivas se generó después de haber enfrentado una curación con su primer hijo. Recuerda que fue su suegra quien le propuso utilizar al menos dos medidas básicas para que su hijo no volviera a padecer el mal de ojo.

La primera medida es el uso de cera de abeja con 20 semillas de chile de Simojovel. Arminda cuenta que la medida no es tan difícil de realizar, excepto porque son los padres quienes deben conseguir la cera de la abeja hay posibilidades: primero pedir a una persona conocida que localice un panal y extraiga un pedazo de cera; segundo, que sea el padre, quien habiendo localizado previamente un panal, sea quien la extraiga⁵⁶ para la madre del bebé. Una vez localizada se le entrega a la madre, y es ella quien mezcla la cera con las 20 semillas chile⁵⁷ de Simojovel tomadas de la despensa. Recuerda que su suegra le indicó que la mezcla debe colocarse en la parte baja de los cabellos que están en el área de la coronilla del niño, la cera se queda pegada por mucho tiempo entre los cabellos del menor y es retirada hasta los dos o tres años.

⁵⁶ La abeja se le conoce científicamente con el nombre de *Scaptotrigona mexicana* (Guzmán, 2018). Son pequeñas, de color negro y no tienen aguijón. Realizan sus panales de manera subterránea. Cuando una persona se acerca al panal estas tienen la característica de enredarse en los cabellos de las personas. En Simojovel de Allende las denominan *enreda pelos*.

⁵⁷ Es un chile picante, coloquialmente se le conoce como chile de Simojovel su producción se localiza en las zonas bajas de los municipios de Simojovel, Huitiupán y Amatán, Chiapas.

La segunda medida preventiva era vestir con color rojo a sus hijos, sobre todo cuando salían a eventos familiares en espacios públicos, por lo general es la madre quien viste a los niños y se tiene la percepción de que el color rechaza el calor que emiten las personas sospechosas de hacer mal de ojo.

La abuela Hortensia en la familia de los Cruz

Hortensia –como la principal líder de la familia y fuente de conocimientos empíricos –cuenta que en sus tiempos las únicas maneras de prevenir padecimientos como el mal de ojo eran dos. La primera procurar que una madre no expusiera a sus hijos, pues podría tener consecuencias cuando, por ejemplo, el menor era visto por personas con “mirada de ojo caliente”. Una segunda medida, recomendada por su madre y abuela, era el uso de un listón rojo colocado alrededor de uno de los brazos del menor, y otro sobre el tobillo. Refiere que estas medidas las utilizó con sus hijos hasta el primer año. Según recuerda, la idea de su madre y abuela de utilizar el listón era principalmente por la importancia que tiene el color como un elemento que rechaza el calor transmitido por adultos.

La abuelita Florencia en la familia Montes

Florencia cuenta que cuando sus hijos eran pequeños, los recursos que tenía eran los tratamientos de curación que heredó de su madre. Aunque casi no escuchaba sobre la prevención. No obstante, sí recuerda una primera acción consistente en el uso de ganchitos dorados en forma de cruz colocados a la altura del pecho, sobre la ropa del menor. Narra que la idea de la gente es que los ganchos en color dorado atraen la mirada del adulto sospechoso y, a su vez, el efecto del color rechaza el calor transmitido. Florencia cuenta que ella usó los ganchos en forma de cruz con sus hijos sobre todo cuando salían de casa y se trasladaban a lugares con muchas personas. Considera que la medida es funcional ya que, si bien no evita el padecimiento, al menos sí se reduce su frecuencia.

La segunda acción preventiva fue evitar la exposición de sus hijos susceptibles al mal de ojo a la mirada de las personas desconocidas, en especial de quienes se sabía que “hacían ojo”. Por lo que ella decidió pasar más tiempo en casa con sus hijos y solo cuando tenían que salir a eventos les colocaba los ganchitos dorados.

4.4.1.1. Apreciaciones recuperadas del caso de las abuelitas

Las experiencias de las tres generaciones coinciden en que las medidas aplicadas no tienen un efecto total de prevención. Sin embargo, reconocen que al aplicarlas sí hay una reducción de la frecuencia de casos con el padecimiento; a nivel cualitativo se observa que las medidas son funcionales, en el sentido de que se reducen las causalidades que propician el mal de ojo.

Apartado dos: experiencias de las segundas generaciones

4.4.2. De cómo las hijas madres realizan la prevención

Elena y sus experiencias en la familia Sánchez

Como integrante de la segunda generación, Elena cuenta que la medida preventiva que su madre le transmitió y que, a su vez, ella recuerda haber visto con hijos de otras familias es vestir a niños con prendas (vestidos, pantalones, playeras y blusas) en color rojo, menciona que la idea de utilizar ropa de esta tonalidad es porque consideran que el color es fuerte y tiene la capacidad de repeler la energía negativa que proviene de personas que tienen calor en las miradas.

Una segunda medida preventiva es el uso de “pulsitos” de ámbar con hilo rojo, los cuales son preparados en talleres artesanales de la cabecera municipal de Simojovel. Recuerda que fue ella quien compró el pulso de ámbar que colocó en la mano de su primera hija, esto con la intención de reducir las posibilidades de padecer mal de ojo. La venta de piezas de ámbar no tiene solo un fin comercial, sino que busca también acercarlas a otras personas para protección de sus hijos, por eso el ámbar es de amplio uso entre madres y padres de familia en Simojovel.

Una tercera medida preventiva promovida entre las colectividades es el uso de pulseras de ámbar combinado con semillas de ojo de venado.⁵⁸ Recuerda su uso principalmente para que su hijo estuviera protegido del padecimiento, al menos, hasta el primer año de vida. Luego el menor la usaba intermitentemente, pues a Elena veces se le olvidaba colocarla.

⁵⁸ El ojo de venado es una semilla que tiene por nombre científico *Mucuna argyrophylla Standl* (CONABIO, 2010).

Las experiencias de Andrea en la familia de los Cruz

Andrea recuerda que supo de medidas preventivas a través de su madre y de su abuela. De hecho, menciona que la única acción que puso en práctica fue ahumar la ropa de sus hijos. Medida que, desde el punto de vista de su madre, es efectiva, aunque ella dice no estar convencida, pues en varios momentos sus hijos presentaron signos de mal de ojo.

Refiere que una segunda medida, fue que su hijo e hijas utilizaran pulseras de ámbar con hilo rojo. A su parecer, esta acción sí era funcional, ya que recuerda que sus hijos padecían menos del mal de ojo y cuando se presentaban signos estos no eran fuertes, pues piensa que el ámbar sí absorbía el calor de esas personas. Cuenta Andrea que la manera de comprobarlo era el estallamiento al interior de la pieza de ámbar cuando ya estaba sobrecargada del calor negativo que absorbía de las personas, esto era una muestra de su efectividad. Además de que ella o su pareja debían recurrir a un taller artesanal o con un vendedor ambulante del centro de la cabecera municipal para comprar otra pulsera de ámbar.

María y sus experiencias en la familia Montes

María recuerda que sus aprendizajes sobre el padecimiento del mal de ojo los ha obtenido de su suegra, pues con su madre y padre no supo ni presencié alguna práctica relacionada con el padecimiento. Así, su suegra ha sido su principal fuente de información y la ha apoyado compartiendo sus saberes y acompañándola en la realización de prácticas como las siguientes:

La primera es colocar ganchitos dorados en forma de cruz sobre la ropa del niño para que sean visibles, cuenta que en su experiencia la protección fue efectiva pues le ayudó a que sus hijas padecieran en menos ocasiones el mal de ojo, esto lo notaba al volver a su casa y ver a sus hijas sin signo alguno del padecimiento.

Un segundo medio de protección es el uso de perfume de hombre⁵⁹ en las orejas del niño, aunque no sabe de quién tomó la medida, la utilizó cuando ella o su esposo salían de casa con sus hijas, a quienes también les colocaba los ganchitos dorados y sí observaba disminución de casos del padecimiento.

⁵⁹ El perfume de hombre no era de un precio o marca en especial. Sí de un olor fuerte, que al sentido del olfato de las personas pudiera resultarles desagradable.

4.4.2.1. Consideraciones sobre la prevención que realizan las segundas generaciones

Las medidas descritas revelan que siguen siendo la madre y la abuela las principales actrices en la promoción e impulso para la continuidad de los saberes. Como puede verse, hay continuidad en medidas como la de vestir a los hijos con colores rojos o incorporar las pulseras de ámbar. Esta última en estrecha relación con el auge de la minería de ámbar que se dio a finales de la década de 1980, 1990 y 2000, cuando estas generaciones transitaron de la adolescencia a la adultez y se encontraron con una gran disponibilidad de ámbar, sumado a discursos familiares apoyados en elementos religiosos y actores de la medicina tradicional sosteniendo su efectividad.

Apartado tres: las terceras generaciones

4.4.3. De cómo las nietas previenen el mal de ojo en sus hijos

Los cuidados preventivos de Cleotilde en la familia Sánchez

Cleotilde se considera escéptica y piensa que el mal de ojo es solo una creencia familiar. Cuenta que solo conoce una acción preventiva y que le fue transmitida por su madre. Refiere que la única medida preventiva que reconoce que ha utilizado para su hija — y no por decisión propia— fue colocarle a la niña una pulsera de ámbar con hilo rojo que le regaló su madre, la bebé la usó desde los tres hasta los ocho meses de edad. Momento en que ella decidió quitársela por considerar que no aportaba ningún beneficio.

Los cuidados preventivos de María en la familia de los Cruz

María recuerda haber visto a su hermana y hermano usar pulseras de ámbar con hilo rojo que les colocaba su madre cuando eran niñas; aunque no tenía claro por qué las usaban, sí pensaba que se veían bien en las muñecas. Refiere que cuando se convirtió en madre, su madre le regaló dos pulseras de ámbar con hilo rojo para que ella las colocará a su bebé pues cree que sirven para proteger a la bebé de las miradas de calor que personas adultas generan y transmiten. Esta ha sido la única medida preventiva usada con su hija.

También menciona que, por el lado de su suegra, las enseñanzas están más relacionadas con tratamientos y que la única medida preventiva que sus suegros le han contado coincide con la que aprendió de su madre en cuanto al uso de pulseras de ámbar. Y si bien María comenta no

tener claridad respecto a la entera funcionalidad de la resina sí ha observado que el padecimiento se presenta en menores ocasiones en su hija y, por ende, hay menos preocupaciones.

Los cuidados preventivos de Esmeralda en la familia Montes

Esmeralda tiene 20 años, cuenta que sus conocimientos sobre medidas de prevención se los transmitió su madre, quien también ha sido su acompañante en prácticas de tratamiento y prevención. Recuerda que después de convertirse en madre empezó a interesarse en las estrategias para proteger la vida de su hija. De hecho, comenta que lleva a la práctica cuatro medidas de prevención que considera son funcionales, pues ha notado que ayudan a su hija a estar menos susceptible al padecimiento. La primera se trata de colocar ganchitos dorados en forma de cruz sobre la ropa de los niños de cero a cuatro años, esto lo hace principalmente cuando sale de casa con su hija.

La segunda medida remite a las pulseras de ámbar que usa su hija, al respecto menciona que quienes comercian con el ámbar ofrecen un modelo de pulsera exclusiva para bebés, pues incluye seis piezas talladas en ámbar: un colmillo, un zapato, una hoja, un vestido, un chupón y una mano.

Una tercera medida es el uso de perfume masculino colocado detrás de las orejas del niño. El procedimiento aquí implica que la madre o el padre mojen su dedo índice en el perfume y lo coloquen detrás de las orejas del niño. Esmeralda piensa que la medida también es efectiva pues de alguna manera y sin saber cómo pero el perfume se convierte en un repelente de la “vista caliente” de algunas personas. La cuarta medida que utiliza Esmeralda para proteger a su hija es vestirla de rojo, pues este color absorbe la mirada, la vista caliente, de las personas que transmiten el mal de ojo.

4.4.3.1. Reflexiones sobre prevención en las terceras generaciones

En todos los casos se aprecia la influencia de la madre en la transmisión de medidas de protección, pues son quienes acompañan a sus hijas en las prácticas contra el padecimiento, y se observa la prevalencia de algunas medidas en las terceras generaciones: el uso de hilos y listones rojos y de los ganchitos dorados. También se observa que al menos en los tres casos se ha integrado el uso de pulsera de ámbar para bebés.

4.4. Reconstrucción de la historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal del ojo

Con base en las descripciones y para un abordaje más social se acudió al esquema (adaptado y modificado de Leavell y Clark, 1965) de historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal de ojo. Este esquema nos permite reunir aspectos centrales de la afección en tres historias familiares, dando pauta para seguir una ruta sobre las continuidades y los cambios. Por lo tanto, sirva a los lectores conocer los títulos del esquema para familiarizarse con la herramienta y comprender su diseño e implicaciones en su aplicación.

Los elementos del esquema son:

- ✓ Componente del huésped: se refiere al hospedero, que en este caso son los recién nacidos y los niños.
- ✓ Elementos causales: hace referencia al agente causal, que en este caso son las personas adultas sin distinción de género.
- ✓ Componentes socio ambientales: remite a las condiciones de interacción entre el agente causal y el hospedero.
- ✓ Cuidados familiares: se divide en los saberes colectivos respecto al cuidado de la salud y a las medidas con fines de prevención del padecimiento conocidas dentro de la medicina tradicional o popular.
- ✓ Saberes colectivos del cuidado de la salud: son acciones colectivas que buscan inhibir el padecimiento. El primero es el exhorto para que madres y padres no expongan a los niños a las miradas de personas desconocidas o de “hacedores de mal de ojo”. El segundo se refiere a las acciones dirigidas por familiares para que el menor use dispositivos que le permitan enfrentar el mal de ojo.
- ✓ Señales/signos: se refiere a las características de la dolencia que enfrenta el niño y la madre en el padecimiento.
- ✓ Gravedad/severidad: se refiere al aumento de la intensidad o diversidad de señales por padecer mal de ojo.
- ✓ Efectos posteriores en el afectado: remite a las alteraciones mayores a la funcionalidad orgánica del cuerpo que incapaciten a quien padece mal de ojo.
- ✓ Tiempo en que aparecen las señales/signos: es un lapso en el que ocurre o aparecen las señales del mal de ojo para que sea diagnosticado el padecimiento.

- ✓ Acciones preventivas: son medidas particulares que realizan madres y padres de familia para que los niños no adquieran el padecimiento.
- ✓ Sistema tradicional de curación del padecimiento del mal de ojo: está compuesto por elementos que permiten conocer cómo se realiza el diagnóstico y el tratamiento.
- ✓ Recomendaciones: se trata de posibles cambios/modificaciones que realice la familia en el entorno del niño para reducir las posibilidades de que adolezca del padecimiento.

Con base en lo anterior, al final de cada historia se reflexiona en torno a los aspectos relevantes y en cómo se generan las sinergias generacionales y dentro de los grupos familiares involucrados en el proceso del padecimiento.

En la primera ficha de la historia biopsicosocial y cultural del padecer se presenta la sistematización de elementos correspondientes a las etapas del prepadecimiento y padecimiento (*véase tabla 4.7*) de tres generaciones ubicadas en el grupo familiar de los Sánchez.

Tabla 4.7 Historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal del ojo

Periodo prepadecimiento		Periodo padecimiento			
<p>Componentes del huésped:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niñas, niños y recién nacidos, G1S. •De 0 a 4 años, GIS, G2S, G3S. •Susceptibilidad en niños a la “mirada de calor” que proviene de adultos, GIS, G2S. •Hay robo de energía en el niño, G1S, G2S. <p>Elementos causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Personas adultas, “hacedores de mal de ojo”: algunos de ojos grandes, en estado de ebriedad, G1S. •“Mirada de calor” del adulto al niño, G1S, G2S. <p>Componente socioambiental:</p> <ul style="list-style-type: none"> •A partir de interacciones sociales espontáneas entre niños, niñas, recién nacidos con personas adultas, mujeres y hombres, G1S, G2S, G3S. 		<p>Señales, signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Calor de vista, decaimiento del ánimo, estado llorón del niño e irritabilidad sin causa visible, G1S, G12. •Aflicción de la madre, G1S, G2S, G3S. 	<p>•Gravedad/severidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signos para gravedad media: cabeza caliente (calentura- fiebre), vómito, G1S. •Signos para gravedad mayor: cabeza caliente (calentura), vómito y diarrea, G1S. 	<p>Efectos posteriores en afectados:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ninguno 	<p>Tiempo en que aparecen las señales/signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •30 minutos a una hora posterior a la exposición de elementos causales.
		<p>Condición en que aparecen las señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •En la mayoría de los casos la presencia de señales/signos la advierte la madre, abuela o padre e indica que al niño “le hicieron ojo” o “mal de ojo”, G1S, G2S. 			
		<p>Acciones preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Colocar hilos color rojo en las manos. 			
Cuidados familiares		Sistema tradicional de abordaje del padecimiento del mal de ojo			
Saberes colectivos del cuidado de la salud	Medidas preventivas en la medicina tradicional	Diagnóstico	Tratamiento	Recomendaciones	
<ul style="list-style-type: none"> •Desde las experiencias familiares, las colectividades difunden: no exponer a los niños y bebés a las miradas de personas desconocidas y sospechosas de hacer “ojo”, mal de ojo, GIS, G2S. 	<ul style="list-style-type: none"> •Colocar hilos rojos en las muñecas de los niños, G1S. •Colocar cera de abeja con 20 chiles de Simojovel en la coronilla del niño. Vestir con prendas rojas al bebé o niño. GIS. •Colocar pulsera de ámbar con ojo de venado en muñeca del niño, GIS, G2S, G3S. 	<ul style="list-style-type: none"> •Es la madre o la abuela quien observa el estado de ánimo e irritación y palpa al niño para saber si tiene calor en la cabeza. Así determinan que una persona le sustrajo la energía, GIS, G2S. •La madre (nieta) lleva a su hija a la medicina occidental por infección estomacal, G3S. 	<ul style="list-style-type: none"> •La madre o la abuela realizan una limpia en el cuerpo del menor con huevo y albahaca. Vacían el contenido en un vaso con agua e interpretan la gravedad. Luego, <i>bufean</i> aguardiente sobre cuerpo del menor, GIS. •Sospechoso mastica hierbabuena y la coloca detrás de las orejas del niño. Con su saliva simula la señal de la cruz en la frente del niño, GIS, G2S. •Sospechoso cubre con su camisa sucia al niño, al menos 30 minutos, GIS, G2S. •Llevar a la niña a la medicina occidental. Le suministran medicamentos, G3S. 	<ul style="list-style-type: none"> •Modificar el hábito de la familia, madre, para reducir la exposición del menor (huésped) a los elementos causales. Implementar las medidas preventivas por parte de la familia 	

Fuente: Adaptación de tipo social del modelo (Leavell y Clark, 1965).

Nota: Entiéndase el significado de las siguientes siglas para comprender la tabla:

- G1S, Generación 1, los Sánchez
- G2S, Generación 2, los Sánchez
- G3S, Generación 3, los Sánchez

En cuanto a los factores de causalidad del mal de ojo, las tres generaciones coinciden en sostener elementos (la mirada de calor y el contacto con personas adultas de ojos grandes) como argumentos sobre la capacidad de sustraer la energía del niño a través de la mirada. Puede verse que en las últimas dos generaciones hay una prevalencia por mantener medidas de prevención como el uso de pulseras de ámbar o el ojo de venado. Respecto a los signos conocidos por las primeras dos generaciones, hay una frecuencia de elementos como “calor de vista”, irritabilidad, decaimiento, vómito y calentura, coincidiendo con las maneras que tienen de hacer el diagnóstico temprano del padecimiento. No así con integrantes de la tercera generación que prefieren recurrir a los servicios de la medicina occidental para diagnosticar la dolencia. Si bien los tres tipos de tratamiento están vigentes entre la primera y segunda generación, se notan cambios en la tercera pues el proceso de continuidad tiene una irrupción a partir del escepticismo que practica la actora, quien integra a su proceso de autocuidado elementos de la medicina occidental.

En la segunda ficha (*véase tabla 4.8*) se presentan los elementos sistematizados correspondientes al grupo familiar de los Cruz.

Tabla 4.8 Historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal del ojo

Periodo prepadecimiento		Periodo padecimiento			
<p>Componente del huésped:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Niñas-niños y recién nacidos, de 0 a 4 años, G1C, G2C, G3C. •Cambios en temperatura corporal de niños de 0 a 4 años, G1C, G2C, G3C. •Disminución del tamaño de la mirada del niño, se le ven “ojos chiquitos”, G1C, G2C. <p>Elementos causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Personas adultas, mujeres y hombres “los que hacen ojo”, G1C, G2C, G3C. •En estado de ebriedad, G1C, G2C. •Adultos de ojos grandes y de color verde, G2C, G3C. <p>Componentes socioambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Es a partir de interacciones sociales espontáneas entre un niño, niña con personas adultas (mujeres y hombres), donde la “mirada de ojos calientes” del adulto daña al niño, G1C, G2C, G3C. •Hay una sobrecarga de energía en el niño con el padecimiento, G2C. 		<p>Señales/signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Ojos chiquitos”, animo decaído, vómito, estado llorón, G1C, G2C. • Molestia e irritabilidad del niño, G1C, G3C. •La madre siente preocupación, G1S, G2S, G3S. 	<p>Gravedad/severidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Signos para gravedad media: vómito y diarrea, G2C. 	<p>Efectos posteriores en afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ninguno 	<p>Tiempo en que aparecen las señales/signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •De 30 minutos a una hora es cuando aparecen los signos posteriores a la exposición del agente causal.
		<p>Condición en que aparecen las señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Para la madre los signos indican la presencia <i>mal</i> de ojo en los niños, G1C, G2C, G3C. 			
		<p>Acciones preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Colocar hilos rojos en brazos y tobillo del niño 			
Cuidados familiares		Sistema tradicional de curación del padecimiento del mal de ojo			
Saberes colectivos del cuidado de la salud	Medidas preventivas en la medicina tradicional	Diagnóstico	Tratamiento	Recomendaciones	
<ul style="list-style-type: none"> •La colectividad de las familias considera no exponer a los niños durante los primeros cuarenta días de nacido, G1C, G2C. 	<ul style="list-style-type: none"> •Colocar listón o hilo rojo en brazos y tobillo del menor, G1C, G2C. •Colocar pulsera de ámbar con hilo rojo en la muñeca de los niños, G2C, G3C. •Ahumar la ropa del niño o bebé. Eso evita que el menor padezca mal de ojo, G2C. 	<ul style="list-style-type: none"> •Madre, abuela o suegra observan signos en el comportamiento físico y emocional del niño. Se interpreta que la “mirada caliente” del adulto afecta al niño. No hay intención de dañar, G1C, G2C, G3C. 	<ul style="list-style-type: none"> •La madre o la abuela realizan una limpia con huevo de gallina al niño y también ahúman su cuerpo y ropa, G1C, G2C. •Invitar al sospechoso a curar al niño. Él mastica hierbabuena y la coloca detrás de las orejas del niño, G1C, G2C. •La suegra limpia al niño, usando un limón tierno, G3C. •La madre suministra paracetamol infantil para calentura del niño, G3C. 	<ul style="list-style-type: none"> •A partir de establecerse el diagnóstico y tratamiento se reduce la aparición de niveles de severidad. Realizar medidas preventivas, G1C, G2C, G3C. 	

Fuente: Adaptación de tipo social del modelo (Leavell y Clark; 1965).

Nota: Entiéndase el significado de las siguientes siglas para comprender la tabla

G1S	Generación 1, Los Cruz
G2S	Generación 2, Los Cruz
G3S	Generación 3, Los Cruz

Las tres generaciones coinciden en asociar las causalidades del mal de ojo con características de personas adultas, en estado de ebriedad, con ojos grandes y que hayan tenido contacto visual con niños. Por otra parte, en relación con los signos característicos, las generaciones coinciden en reconocer su existencia y solo una identifica la presencia de otros signos por gravedad, mismos que inciden en la elección del tratamiento. Incluso la tercera generación, abierta a la incorporación de servicios médicos occidentales, optó por incorporar paracetamol para lograr que cediese el signo de calentura en un menor con mal de ojo.

En cuanto a las medidas de protección y prevención identificadas, se encuentra que el ahumar la ropa de un bebé y el uso de listones rojos en niños, son recurrentes en la primera y segunda generación. En la tercera hay apertura a integrar dispositivos como las pulseras de ámbar, que hoy en día productores y familias promueven como un elemento fiable en la prevención del mal de ojo.

En la tercera ficha (*véase tabla 4.9*), se presentan los elementos centrales que corresponden al padecer del grupo familiar de los Montes, en sus tres generaciones.

Tabla 4.9 Historia biopsicosocial y cultural del padecimiento del mal del ojo

Periodo prepadecimiento		Periodo padecimiento			
<p>Componente del huésped:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Cambios en temperatura corporal de niñas, niños y recién nacidos. De 0 a 3 años y a veces hasta los 10 años, G1M, G2M, G3M. <p>Elementos causales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Personas adultas, mujeres “que hacen mal de ojo” y hombres con “vista fuerte”, G1M, G2M, G3M. •Adultos en estado de ebriedad dañan con su mirada a niños, G2M. <p>Componentes socioambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Interacciones sociales espontáneas de un niño con mujeres y hombres adultos. Atracción, gusto por el niño, G1M, G2M, G3M. 		<p>•Señales/signos:</p> <p>Niño inquieto, llorón, tristeza, G2M.</p> <p>•Calentura G1M, G2M, G3M.</p> <p>•La madre siente preocupación, G1S, G2S, G3S.</p>	<p>Gravedad/severidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Que el niño presente signos de vómito, G1M, G2M, G3M. 	<p>Efectos posteriores en el afectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Ninguno 	<p>Tiempo en que aparecen las señales/signos:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Hay un tiempo de 30 minutos a una hora posteriores a la exposición de huésped con el agente causal “el que hace mal de ojo”.
		<p>Condición en que aparecen las señales:</p> <ul style="list-style-type: none"> •La madre o la abuela observan los signos y concluyen que alguna persona conocida, desconocida o ebria chuleó al niño. Generando “ojo” o que le hicieran mal de ojo, G1M, G2M, G3M. 			
		<p>Acciones preventivas:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Vestir al niño con prendas en color rojo. 			
Cuidados familiares		Sistema tradicional de curación del padecimiento del mal de ojo			
Saberes colectivos del cuidado de la salud	Medidas preventivas en la medicina tradicional	Diagnóstico temprano	Tratamiento oportuno	Recomendaciones	
<ul style="list-style-type: none"> •Ideas colectivas de que recién nacidos y niños son chuleados y no deben ser expuestos a personas desconocidas, G1M, G2M, G3M. 	<ul style="list-style-type: none"> •Colocar ganchitos dorados en forma de cruz en la ropa del niño, G1M, G2M, G3M. •Mojar un dedo con perfume de hombre y colocarlo detrás de oreja del niño. Colocar pulsera de ámbar en las manos del niño, Vestir al bebé o niño con prendas en color rojo, G3M. 	<ul style="list-style-type: none"> •La madre o la abuela observan signos del niño y concluyen presencia de mal de ojo. Persona adulta, mujer u hombre sobrio o ebrio mostró su gusto por el niño o recién nacido, G1M, G2M, G3M. 	<ul style="list-style-type: none"> •Cuando la madre o el padre saben quién es el sospechoso lo convencen de curar al niño. Él mastica hierbabuena y la coloca detrás de la oreja del niño. También lo abraza y realiza una barrida al cuerpo del menor, y verifica gravedad, G1M, G2M, G3M. •Cuando los padres no saben del sospechoso, al niño lo barren hasta tres veces, G1M, G2M, G3M. •La madre suministra paracetamol infantil para disminuir calentura en el niño, G3M. 	<ul style="list-style-type: none"> •Realizadas las curaciones los afectados sanan. •Realizar modificaciones a los hábitos de la familia para no exponer al menor y reducir las causas del padecimiento. 	

Fuente: Adaptación de tipo social que hice del modelo (Leavell y Clark; 1965).

Nota: Entiéndase el significado de las siguientes siglas para comprender la tabla

G1M Generación 1, Los Montes

G2M Generación 2, Los Montes

G3M Generación 3, Los Montes

En la ficha se aprecia que las tres generaciones consideran que los primeros generadores de condiciones son las personas adultas con “vista fuerte”, en estado de ebriedad y en interacción visual con niños susceptibles al mal de ojo. También coinciden en identificar que los signos pueden variar ya que puede presentarse un cuadro de vómito que, con base en el diagnóstico, implique que las madres y abuelas apliquen tratamientos diferenciados.

Por último, las tres generaciones coinciden en el uso de ganchitos dorados, como una medida de protección del grupo familiar, medida que sigue vigente en cada una de sus familias. Sobresale que en la tercera generación hay una tendencia a incorporar nuevas medidas de protección como si las existentes no fueran suficientes.

4.5.1. Consideraciones finales del capítulo

Para finalizar se revisaron cuatro aspectos relevantes relacionados con el padecimiento. En cuanto al diagnóstico se identificaron elementos que permiten proponer niveles de severidad/gravedad. Así como la consideración del factor huésped, representado por el niño, dentro de la historia natural del padecimiento, y del factor agente-causal representado por personas adultas transmisoras de calor.

Por otra parte, la actora del primer grupo familiar de los Sánchez tiene claro que dentro de sus prácticas sí es posible hablar de diferencias en los niveles de severidad del padecimiento. Ya que, en el caso revisado, la identificación del huésped y de los agentes causales, así como la valoración de los signos contribuyeron a la elaboración de un diagnóstico como tal vez sucede en la medicina occidental.

En cuanto a la prevención, es posible notar cómo las segundas generaciones en todos los grupos familiares suponen ser los puntos de inflexión en los procesos de continuidad y cambios en las formas de concebir y abordar el padecimiento. Si bien son estas generaciones las que han incorporado dispositivos como el ámbar para contrarrestar los efectos del mal de ojo, también son quienes, desde mi perspectiva, no están encontrando las vías idóneas para transmitir desde la oralidad la práctica y los saberes implicados. Ya que en el proceso de construir o tejer un discurso que les permita sostener el ritmo de las continuidades y los cambios, son las terceras generaciones el eslabón débil del proceso. En este sentido, estas últimas generaciones son quienes están

modificando y dando los primeros pasos para el cambio cualitativo en términos de procedimientos y comprensión del padecimiento.

Capítulo 5

El mal de ojo en las prácticas médicas de terapeutas locales

5.1. Introducción

Este capítulo se enfoca en reconocer y ubicar el origen de los saberes dentro de la práctica de los terapeutas locales, saberes útiles en la interlocución con actores involucrados en los procesos primarios de la salud familiar. Consideramos como terapeutas locales a quienes se destacan tanto en la medicina occidental como en medicina tradicional, denominándoles biomédico y tradicional, respectivamente.

Con el objetivo de reconocer cómo establecían el diagnóstico, tratamiento y medidas preventivas del padecimiento del mal del ojo, se presentan ambos enfoques a través de casos descriptivos, haciendo un recuento desde su experiencia como terapeutas. En cada uno se consideraron los siguientes elementos: el primero refiere a cómo los terapeutas fundamentan e incorporan el significado del padecimiento en sus ámbitos de trabajo. Abordamos un marco explicativo del que se desprenden argumentos que aclaran al enfermo y su familia sobre su padecer, argumentos reforzados en la atención de su padecimiento. Un segundo elemento es la descripción de los métodos y procedimientos de los que se vale cada terapeuta para sustentar su diagnóstico, así como los tratamientos y acciones implementadas en el entendido de que el terapeuta se ocupa de atender la salud de familias donde los recién nacidos y niños ocupan una mención especial.

El presente capítulo ilustra específicamente cómo terapeutas tradicionales y biomédicos abordan el padecimiento del mal del ojo en Simojovel. La inclusión de algunos terapeutas que laboran en las cercanías de Simojovel fue de gran importancia ya que reciben enfermos y a sus familias de la comunidad. A partir de las entrevistas a profundidad rescatamos aquellas narrativas que nos permitieran comprender su cercanía con el padecimiento y los recursos terapéuticos – teóricos y conceptuales– que incorporan en su *praxis* para saber sus experiencias con el padecimiento. Un mal que la medicina occidental encasilla como “sociocultural” y tradicional, al tener a las creencias como fuente de sus conocimientos empíricos y que, por ende, no se constituye como una enfermedad (Peretti, 2010).

Para efectos del presente capítulo integramos las historias de vida de dos terapeutas, una de la biomedicina y otra de la medicina tradicional. Ambas perspectivas ayudan a comprobar, como sucedió en el trabajo de campo, que el mal de ojo es un padecimiento vigente, que vive en las prácticas médicas dentro del enfoque biomédico y tradicional, y no solo en las creencias o *vox populi* como algunos autores han referido (Domínguez, 2007).

5.2. El caso del terapeuta biomédico: sus saberes y abordajes en el padecimiento

En las siguientes páginas se presenta la historia de vida de un médico especialista en lo familiar, formado en el enfoque de la biomedicina. Él cuenta con más de 20 años de experiencia en el ejercicio de la atención a la salud con población mestiza e indígena de las regiones de los Altos de Chiapas, y De los Bosques. Esta última es donde se ubica el municipio de Simojovel de Allende, donde residen él y su familia. El médico al que hacemos referencia, en lo sucesivo Juan,⁶⁰ tiene 52 años y dedica su tiempo activo a la atención de la salud de las familias en su consultorio privado, ubicado en el centro de la ciudad.

El espacio de trabajo⁶¹ donde el terapeuta biomédico atiende a los niños por este y otros padecimientos tiene las siguientes características:

- Es un edificio de concreto.
- Tiene a una persona en el área de ventas en la farmacia de su propiedad.
- Hay una enfermera en su consultorio que se asegura de que el paciente y un familiar ingresen con cubrebocas y se pongan gel antibacterial. En el espacio hay cestos de basura, pesa, báscula y botiquín.
- Previo a ingresar al consultorio hay un área de espera.
- El interior del consultorio es limpio, el terapeuta viste con ropa cómoda y bata blanca con logo que describe su nombre; en una de las paredes se ve el título y diplomas, hay un baño, un estante con medicamentos y cama para revisión del paciente.
- Además, el área de interrogatorio tiene dos asientos para pacientes, acomodados al frente de un cuarto de seguridad (una especie de mampara), hecho con madera y plástico transparente para guardar sana distancia. También cuenta con puerta de entrada, exclusiva para el ingreso del terapeuta. En su interior está el escritorio, computadora, fotos familiares, libretas, bloque de recetas, utensilios médicos, lapiceros y asiento del terapeuta.⁶² La comunicación entre el terapeuta, el niño y su familia es segura.

⁶⁰ Para proteger su identidad.

⁶¹ La descripción versa sobre lo observado y registrado en campo, y lo recopilado en entrevistas.

⁶² El terapeuta Juan explicó que la atención busca ser amable con el paciente y las familias, pero tras la pandemia de COVID-19 y después de haber contraído el virus en dos ocasiones, ha extremado los cuidados para él y sus visitantes, reduciendo así las posibilidades de contagio.

- Por último, el costo de consulta por mal de ojo es de cien pesos. Las recomendaciones las hace por vía oral y no escrita.

Saberes

Juan proviene de una familia con cierto prestigio social, dado que sus padres, alguna vez, fueron dueños de ranchos en el municipio. Él nació en la cabecera municipal de Simojovel de Allende y desde su niñez creció y convivió con su abuela de origen tabasqueño, de quien aprendió y escuchó las primeras referencias sobre mal de ojo. De acuerdo con lo narrado por su abuela sabe que hay dos acepciones del término. La primera está relacionada con la infección que se genera en los ojos de niños menores de cuatro años.⁶³ Juan recuerda que su abuela le mencionó que las infecciones del ojo podían resolverse empleando fomentos, primero debía hervir en agua la planta llamada “calzoncito de San Dionisio” y luego enfriarla antes de usarla para lavar los ojos de los menores con la infección. Tratamiento realizado dos veces por cada día, en un periodo de cuatro a seis días seguidos.

En la experiencia médica de Juan se trataba de conjuntivitis, dado que la infección también generaba irritación y una coloración roja de los ojos. Su abuela también le contaba que familiares y vecinos que han enfrentado la infección la conocen coloquialmente como “males de los ojos”. Desde su práctica médica él observa que el rango de edad más frecuente va desde recién nacidos hasta los diez años. Y considera que los factores causales siguen presentes en algunas familias, como la falta de cuidados en la limpieza de los ojos de sus hijos e hijas. Juan afirma que, por su formación médica,⁶⁴ atiende una infección solo bajo sus procedimientos médicos y lo hace con antibióticos cuando la severidad del caso lo amerita. Aunque en ocasiones también recomienda otros recursos menos agresivos como el uso de la manzanilla,⁶⁵ de tal manera que no comprometan la capacidad funcional del ojo. Y si bien no coincide totalmente respecto al uso de ciertos remedios de la medicina tradicional, sí ha sido y es tolerante al escuchar cómo su abuela atendía la infección en los ojos.

⁶³ Las cuales tienen como factores causales la falta de aseo y limpieza de madres y padres hacia los niños. Para Juan esto revela un problema social de salud asociado a la escasez del servicio básico de agua en las viviendas.

⁶⁴ No ha utilizado la planta mencionada por su abuela para tratar la infección, ya que su uso no está dentro de su formación médica; por lo que duda de su efectividad. Por lo tanto, cuando identifica una infección ocular dependerá del caso el uso de cloranfenicol u otros menos agresivos como los provenientes de plantas medicinales.

⁶⁵ La manzanilla (*Matricaria recutita* L.) es usada por la población para aliviar diversos males.

La segunda acepción la conoce con la expresión “le echaron mal de ojo” o “le echaron ojo al niño”. Al menos así es como lo denominan en Simojovel. Recuerda que su abuela le indicó que el mal de ojo se presenta en los recién nacidos y niños pequeños que no rebasan los cinco años. Y que aparte de signos como incomodidad, irritabilidad y calentura, también llegan a desarrollar diarreas. De hecho, recuerda que su abuela concebía la idea de que las miradas de las mujeres encintas,⁶⁶ o bien menstruando, así como de personas ebrias afectaban la salud de los niños.

Juan menciona que a sus saberes⁶⁷ sobre la atención de este tipo de padecimientos reconocidos por la medicina tradicional se suman los aprendidos como biomédico. Explica que a su consultorio llegan madres y padres preocupados por la salud de sus hijos, algunos de ellos refieren la sospecha de un caso de mal de ojo a partir de los signos y datos de gran dominio público entre la población de Simojovel. Así, se destaca lo siguiente: Juan considera que la fuente principal de sus saberes sobre el padecimiento está sustentada en el reconocimiento colectivo del mal de ojo. Y que cuando se habla de mujeres y hombres que tienen el “ojo muy caliente”, es porque se están refiriendo a que hay cierto tipo de personas que irradian energía negativa, la cual es absorbida por niños pequeños susceptibles al padecimiento.

Desde su doble experiencia con el padecimiento, Juan reconoce que el mal de ojo no es una patología que se aprenda en la academia de formación médica. Aunque sí es un saber, que al menos en él, ha estado presente desde su niñez, pues tiene muy presentes los dichos y prácticas de su abuela al respecto.⁶⁸ Juan enfatiza en que por parte de la biomedicina el padecimiento del mal de ojo no existe, siendo la medicina tradicional el único cobijo y sustento del diagnóstico y tratamiento.

Recuerda que, dada su formación, siempre ha prestado atención a los saberes de las abuelas cuando se trata de dolencias, más aún cuando a él le parecían raras y no encontraba herramientas que le permitieran explicarlas desde su posición como médico. Esto en particular le sucedió como recién egresado de la academia, cuando solo le importaba seguir los procedimientos médicos de auscultación y análisis de laboratorio que le permitieran saber con más detalle el dato de la dolencia

⁶⁶ Entiéndase las mujeres embarazadas.

⁶⁷ Sus saberes sobre el padecimiento se fundan en la transmisión oral y en las experiencias familiares.

⁶⁸ Y aunque siempre se preguntaba por qué existían en las prácticas de las familias, no encontró una respuesta del mal de ojo en la universidad, ya que, aun en nuestros tiempos, se sigue marginando ese conocimiento empírico.

para dar un diagnóstico y el respectivo tratamiento.⁶⁹ Cuenta que actualmente va combinando su experiencia como médico junto a los saberes que ha aprendido en la familia sobre el padecimiento. Saberes pertenecientes a su familia y a la comunidad en general, quienes plantean que las causas del mal de ojo son, por ejemplo, las “miradas calientes” de mujeres embarazadas o menstruantes, miradas que tienen la capacidad de “hacer mal de ojo”.

Para Juan esta idea causal tiene sentido, dado que él, como médico, reconoce que ellas sí generan más calor corporal dado que su metabolismo está más acelerado por condiciones hormonales. También explica que el cuerpo de la mujer emite más energía y que esta es absorbida por otros, en específico por recién nacidos y niños de hasta cinco años (siendo este sector el más expuesto al mal de ojo).

Connotaciones del mal de ojo

Juan considera que el mal de ojo significa energía y esta a su vez es “el calor” del que tanto hablan las abuelas y mamás cuando aluden a expresiones como “mirada de calor” o “calor de vista”. De ahí que están hablando de energías conducidas⁷⁰ de un cuerpo a otro, pero también vinculadas al uso del color rojo⁷¹ en telas, ámbar y listones porque implementan medidas de conducción del calor, lo que les permite repeler la energía de las personas adultas, señaladas como “hacedoras del mal de ojo”. Desde su experiencia como terapeuta formado en la biomedicina y por los saberes transmitidos por la abuela, entiende que hay condicionantes energéticas positivas y negativas en el cuerpo del ser humano, el cual reacciona cuando una energía contraria lo manipula. Así como la explicación colectiva más aceptada es que el nivel de energía de un adulto sería mayor en comparación a la de un recién nacido o niño. De ahí que los niños pequeños se conviertan en receptores de energías negativas y que más tarde inicien con la manifestación de los signos característicos del mal de ojo. Más allá de la ausencia de reconocimiento *del mal de ojo* dentro de la biomedicina, es necesario enfatizar en que la gente mantiene sus creencias al compartir sus experiencias y vivencias, sosteniéndolas y validándolas a través de generaciones, así el mal de ojo va más allá de ser una simple creencia colectiva y forma parte del corpus de saberes locales.

⁶⁹ Nótese el apego a una metodología sustentada en el método científico para establecer un diagnóstico y un tratamiento.

⁷⁰ Entiéndase como las energías que se transfieren de un cuerpo humano a otro.

⁷¹ En la *vox populi* consideran que el color rojo significa sangre, pero también la fuerza requerida para enfrentar y dominar aquello que de principio afecta, como es una dolencia en el cuerpo de una persona que padece un mal.

En ese sentido, el significado que refiere Juan en torno al mal de ojo está relacionado con la energía y la conducción de calor-energía que determinadas personas⁷²son capaces de transportar a otros que no la tienen equilibrada. Para él, en ningún momento se trata o se hace con la idea de dañar a los menores, sino que los cuerpos de los niños solo son más propensos a la absorción de energía y están más expuestos a adquirir energías negativas que pueden generarle un impacto en la salud. En la experiencia de Juan, el mal de ojo en los niños no representa una patología grave que implique la muerte, dado que hoy en día no solo están las abuelas, madres y curanderas(os) para tratar el padecimiento, sino que también se han sumado al menos dos terapeutas de la biomedicina que lo abordan.

El diagnóstico del mal de ojo

Juan comenta que cuando llegan madres y padres preocupados por la salud de sus hijos, mencionan signos como un frecuente lloriqueo, irritabilidad, calentura y en algunas ocasiones vómito. Como médico él realiza el primer procedimiento de ingreso del niño para su atención, esto consiste en anotar datos como el nombre, edad, peso y temperatura del niño. Así como registrar los signos que las madres y padres han observado en sus hijos. Refiere que, en algunos casos, los papás le indican que sospechan que sus hijos(a) tiene un cuadro de mal de ojo. Juan sigue sus procedimientos clínicos de auscultación al cuerpo físico del niño y busca anomalías que expliquen la presencia de los signos en el menor. En otras situaciones, las madres asumen no saber el posible diagnóstico del estado de salud de su hijo y solo describen los signos evidentes.

Juan recuerda que aplica un segundo procedimiento, consistente en interrogar a los progenitores con el objetivo de saber qué hacía la familia y el menor antes de notar la presencia de signos que alertaron que el recién nacido o niño se sintiera mal. Refiere que a él le sirve mucho saber lo siguiente:

- a) ¿Dónde estaba la familia antes de observar que el niño se sentía mal?
- b) ¿Qué hacía el menor antes de sentirse mal?
- c) ¿Con qué personas se relacionó el niño y la familia antes de ocurrir la dolencia?

⁷² Las mujeres embarazadas y menstruantes, y personas en estado de ebriedad, por el estado de sus metabolismos, al producir más calor-energías transmiten energías negativas. Considera que lo anterior es lo que estaba como telón de fondo en la idea de la abuela cuando se refería a esas personas como “generadoras del mal de ojo”.

- d) ¿Qué signos observaron los padres y madres en el niño antes de decidir acudir al consultorio médico?

Como ejemplo, prosigue Juan:

en consecuencia, te cuentan las mamás o papás que fueron a los cumpleaños de la prima; la mamá que a la nacida del niño, o la fiesta de la virgen, y que había parientes en estado de ebriedad que abrazaron o besaron al niño. Con esa información y al no encontrar ninguna otra anomalía que me explique el porqué de la febrícula y el estado de irritabilidad del menor, me sirve para ir a un tercer paso que es preguntarles si ¿creen o han escuchado del mal de ojo? (Juan, médico familiar, 29 de octubre, 2021).

El médico refiere que la respuesta es increíble. Ya que observa que el ochenta por ciento de las mamás o papás que vienen a consulta responde que sí ha escuchado sobre el mal de ojo. En ese sentido opta por proponerles un tratamiento tradicional y un monitoreo constante de la salud del menor.

El tratamiento para el mal de ojo

Cuando sus procedimientos médicos no le permiten identificar características patológicas que le indiquen las causas de una probable infección u otra condición que altere la funcionalidad orgánica del cuerpo, opta por recomendar a los padres y madres seguir el tratamiento tradicional de las abuelas contra el mal de ojo. Juan refiere que no tiene un número específico de los casos en los que le ha correspondido recomendar tratamientos tradicionales. Al no ser curandero, considera que ha tenido el descuido de no llevar un control de los casos que llegan a su consultorio que han resultado en mal de ojo. Aunque admite que, escasamente, ha atendido al menos tres casos por mes. En el entendido de que las madres o padres de los menores lo han visitado para que les indique otro diagnóstico quizá relacionado con condiciones infecciosas, pero cuando solo se observa la presencia de signos como irritabilidad, llanto, incomodidad y febrícula el diagnóstico termina siendo mal de ojo. Ante esto, sus recomendaciones giran en torno a:

- En primer lugar, les indica regresar a sus casas, revisar sus despensas y si no encuentran huevo, ir a la tienda o a la casa de otro familiar, incluso con la vecina, porque se trata de conseguir un huevo, ruda y un poco de alcohol.
- En segundo lugar, les dice que la mamá o el papá, inclusive la abuela, son quienes pueden hacer la limpia al niño. Les indica que le pasen un huevo, lo rompan y coloquen el

contenido dentro de un vaso con agua. Deben ver si la yema presenta alguna coloración que indique principios de cocción.

- Un tercer paso es mojar la ruda con el alcohol y pasarla sobre el cuerpo del niño. Deben empezar desde los pies hasta la cabeza, atrás y adelante de su cuerpo.
- Un cuarto paso es que el papá o la mamá le avisen al médico, mediante mensajes o llamadas, si hicieron el tratamiento en las primeras dos horas de haber salido del consultorio; un par de horas después deben avisarle si han desaparecido los signos del padecimiento y la evolución del niño. Recuerda que cuando los signos en el menor no ceden, indica verbalmente a la madre y padre del niño que lleven a su hijo con la curandera Aurelia, o incluso, con el joven Felipe.

Juan advierte que cuando ha llegado a recomendar a los padres y madres la realización de una limpia siempre se sorprenden.⁷³ En ese sentido afirma lo siguiente:

Siempre les digo que cuando hay signos que provocan que el niño no se sienta bien, y que desde mi trabajo como médico no encuentre un factor sustancial que me refiera una complicación grave en el menor, es cuando hay que recurrir a los conocimientos de las abuelas y las mamás, porque ellas también saben curar padecimientos, que la medicina occidental sigue marginándolas. En mi caso, les digo: la medicina en la que trabajo tiene muchos avances para identificar y tratar muchas enfermedades, pero que el mundo de conocimientos es tan grande que no le alcanza a la medicina para cubrirlos. Y que por eso están las mamás, las abuelas, los curanderos, para ayudar a que las personas se recuperen. Siempre les digo, primero vean a un médico, pero si se puede tomen también tecitos, una limpia, rameada, también es bueno para quitarse malas energías del cuerpo que a veces nos enferman (Juan, médico familiar, 29 de octubre, 2021).

Cuerpo de conocimientos científicos o empíricos

Juan comenta que el mal de ojo ha sido un fenómeno que siempre le ha impactado. No solo porque lo manejaba su abuela sino porque al estar marginado de la medicina occidental no se le percibe ni como enfermedad ni como padecimiento, sino como simples ideas de abuelas y madres, ideas que sobreviven al paso de las generaciones. En la experiencia de Juan, la exclusión de este conocimiento y saber es un error importante de la biomedicina. A él le ha permitido extender su

⁷³ Sobre todo, porque no esperan que el médico les dé una respuesta que pudieron conseguir con la mamá, la abuela o la curandera.

visión sobre los diferentes males que aquejan a los niños, pero sobre todo que preocupan y adolecen la madre y el padre.

Ahora bien, dentro de los conocimientos aprendidos para abordar el padecimiento destaca la identificación de signos como la calentura, mirada de calor y el uso del huevo de gallina.

En este sentido, podemos observar lo siguiente:

- Primero, por su parte hay un ejercicio de incorporación de saberes, de manera discrecional, de lo tradicional a la práctica médica. Explica que gracias a esta incorporación ha logrado entender el término de calentura, el cual se trata de una elevación de la temperatura del menor que tiene como línea base los 38°C medidos con termómetro corporal, en adelante esto es considerado como un indicador de la presencia de alguna infección⁷⁴ que por lo general requerirá de otros estudios que complementen el diagnóstico biomédico.
- Segundo, Juan recuerda que una expresión clave mencionada por su abuela era: “la mirada de calor”, en referencia a que el niño con el padecimiento había sido objeto de deseo,⁷⁵ por lo que uno de los síntomas que madres, abuelas y padres identifican en el menor es la presencia de calor en la región de la cabeza del niño. Con base en lo anterior —y por su tenacidad para indagar más sobre el padecimiento— concluye que el calor en realidad se trata de febrícula, la cual va desde los 36 a los 37.9 °C.
- Tercero, otro de los puntos remite al uso del de huevo de gallina; desde su experiencia médica y práctica es clave entenderlo como un mecanismo de absorción y de conducción del calor que transita hacia una primera fase de cocción al absorber el calor o la febrícula que tiene un niño. De acuerdo con su experiencia esto sucede porque la queratina del cascarón y la proteína de la yema de huevo son altamente absorbentes de calor; por esa razón es que se dice “salió quemado” o cocido el huevo luego de haber hecho la limpia al menor.

Los médicos y su relación como mediadores entre el padecimiento del enfermo y su familia

En el caso de Juan podemos afirmar que, por el rol que ejerce en su práctica médica, se constituye como el principal vínculo en la autoatención del padecimiento del enfermo y su familia. Por ello

⁷⁴ Esto es en referencia a la presencia de fiebre en el menor.

⁷⁵ El término *deseo* hace referencia a la idea de atraer algo que se quiere.

subrayamos que, para lograr este proceso de mediación, tuvo que valerse de las enseñanzas aprendidas de su abuela y de otros más dentro del espectro de la medicina tradicional para después incorporarlas a su práctica biomédica.

Vinculación con terapeutas tradicionales

Juan refiere que la historia más reciente la tuvo cuando sus hijas gemelas, de dos años, enfermaban con recurrencia y presentaban irritabilidad, incomodidad, calentura y vómito. Juan menciona que la primera vez que ocurrió quedó sorprendido porque, siguiendo sus procedimientos básicos de revisión, no encontró nada que le advirtiera que había una condición que alterara la funcionalidad orgánica del cuerpo de las menores. Recuerda que, en casos como ese, a veces es la madre o la abuela quien impone la medida a seguir. En ese sentido y con la aflicción de no saber cómo ayudarlas desde su formación, Juan relata que su esposa le dijo que había llamado a una curandera para que “limpiara” a sus hijas. Pues según las observaciones que ella y otros parientes hacían, el padecimiento de sus hijas era *mal de ojo*. En consecuencia, le pidieron no intervenir ni evitar que la terapeuta tradicional atendiera a sus hijas. Cuenta que la curandera, conocida por él desde la niñez, le mencionó “que la dejara trabajar, pues ese mal solo ella podía curarlo, ya que no era un asunto que solucionara el médico” (Juan, médico familiar, 29 de octubre, 2021).

Juan cuenta que la curandera realizó una limpia con huevo, ruda y alcohol sobre los cuerpos de las niñas. Al paso de 30 o 40 minutos el semblante de sus hijas cambió al dejar de estar irritables, incomodas, sin vómito y quitárseles la calentura. Recuerda haber visto que las yemas de los huevos depositados en el vaso de agua sí estaban cocidas. Experiencia que no solo lo asombró, sino que le permitió generar un aprendizaje y una amistad con la curandera quien en varias ocasiones fue invitada a la casa del médico, no solo para realizar otras limpias a sus gemelas sino también para platicar sobre las técnicas que ella utilizaba para curar el mal de ojo. A él estas experiencias le han permitido reconocer las características de un caso de mal de ojo para después referir a los papás que lleven a sus hijos e hijas a la casa de la curandera. También menciona que esa relación entre terapeutas le ha servido para recibir a familias e hijos que, recomendados por la curandera, llegan para que los trate por padecimientos que ella sabe le competen a la biomedicina, representada por Juan.

La prevención del mal de ojo

Como parte de sus aprendizajes y experiencias ante el mal de ojo, Juan reconoce que no solo se trata de implementar medidas para curar el padecimiento, sino también de reconocer y acudir a las prácticas preventivas existentes en las familias. Menciona que, aunque sí aprendió de su abuela ideas y planteamientos para identificar y curar, no recuerda haber escuchado sobre la existencia de recursos para prevenir el padecimiento, como sí sucede hoy en día en las historias de familias de la cabecera municipal quienes cuentan con elementos locales y extranjeros con fines preventivos.

En ocasiones Juan ha escuchado en su consultorio que algunas madres o padres con un hijo enfermo tienen la sospecha de que pueda ser mal de ojo. No obstante, para ese momento las familias ya implementaron medidas preventivas como el uso de colores rojos para evitar el padecimiento, pero cuando eso no sucede y el menor ya presenta signos es cuando llegan con él para una valoración médica.

Juan recuerda que esas historias en el consultorio más las anécdotas que le han compartido familiares, conocidos y vecinos, lo han llevado a considerar el uso de medidas preventivas para proteger a sus hijas del padecimiento. Después del trabajo de limpia que hizo la curandera para sanar a sus hijas y en conversaciones francas entre terapeutas, ella le recalcó que el mal de ojo no es una invención, sino que forma parte de la realidad de atención de salud que muchas familias tienen desde casa. Y que, si bien el padecimiento no se presenta en todas y todos los niños, sí es motivo de preocupación y, a veces, hasta de conflictos al interior de las familias al cuestionarse sobre las responsabilidades en el cuidado de los hijos.

Así también, la curandera confirmó y recomendó el uso de pulsos de ámbar, aretes o dijes colocados a la altura del pecho de las niñas, con el objetivo de que la pieza de ámbar sea vista por las personas. Él piensa que el ámbar, al ser un elemento del subsuelo y tener una composición energética basada en electrones y protones, está predispuesto a absorber energías negativas del ambiente. Por ello la curandera le ha dicho que las personas con energías pesadas que se acercan a una niña o niño susceptible al mal de ojo, terminan por transmitirle su energía negativa y, en consecuencia, el menor adolece del mal de ojo. Esto ocurre también cuando un adulto se acerca o chulea al niño. Para él, ese acto de acercarse y chulear implica la transmisión de energías que todos los seres humanos tenemos, solo que en estos casos es la energía pesada/ negativa del adulto la que es absorbida por la acción de atracción de energía que tiene el ámbar. Y es posible pensarlo

así, toda vez que desde hace siglos ya había planteamientos en torno al ámbar y sus características magnéticas y electrostáticas de atracción, según lo revela Riquelme (2014) en su trabajo de análisis de biogeoquímica del ámbar de México. Como puede verse, es creíble el planteamiento que hacen Juan y las familias cuando aseguran que el ámbar sí es un elemento que absorbe la energía del adulto. Y que la resina dejará de tener esa función curativa-preventiva, solo cuando presente fracturas en su interior (esto será un indicador para renovar la pieza de ámbar en el menor).

Juan recuerda que, después de haber tenido a sus hijas con el padecimiento, fue la curandera quien les recomendó usar ámbar para ellas y así lo hizo. Un día, luego de que las visitara un tío suyo, vio que sus niñas no mostraban signos de mal de ojo, entonces comprendió que el ámbar sí tiene un uso médico y preventivo con el padecimiento. Refiere que al final no solo adquirió ámbar para sus hijas, sino también para él, su esposa e hizo obsequios a otros familiares. Y aunque cuenta que a raíz de esa experiencia empezó a considerar y reflexionar sobre las propiedades del ámbar como elemento energético preventivo aún tiene dudas sobre la efectividad de la resina; por lo tanto, sigue en la búsqueda de fuentes de información que expliquen medicamente su funcionalidad como un elemento que absorbe las energías. Aunque acepta que con las familias en su consultorio sí se atreve a recomendar las limpias cuando observa que la situación del caso lo amerita, él no recomienda abiertamente el uso del ámbar como elemento preventivo.

Cuerpos de conocimientos científicos o empíricos

Desde las experiencias que Juan ha tenido como médico al enfrentar casos de mal de ojo, ha podido notar que este padecimiento tiene también una connotación emocional, la cual impacta en el desequilibrio de la temperatura corporal de los niños a partir de la transmisión de energías. En la búsqueda de explicaciones Juan refiere que le han asombrado las fuentes relacionadas con los tipos de personalidad que son explicados desde la homeopatía, donde ha encontrado los posibles factores de origen del mal de ojo, sobre esto dice:

- Primero hay que identificar la personalidad que cada adulto tiene. Según Juan, y a partir de su consulta con médicos homeópatas, se considera que hay cuatro tipos de personalidad: la colérica, la melancólica, la emocional y la flemática. Él refiere que los de personalidad colérica tienden a ser enojones y con muy poca capacidad armoniosa para interactuar con

las personas. En el caso de las personas flemáticas, considera que son aquellas que ríen, se emocionan, se relajan y son muy armoniosos con su entorno. En ese sentido, Juan menciona que uno de sus tíos era enojón y con modales rudos y poco armoniosos, por lo que a sus hijas les daba temor saludarlo, pero cuando eso ocurría, solía pasar que después sus hijas empezaban adolecer de mal de ojo. Así pues, él concluye que su tío tenía esa personalidad colérica y que en su acto de verlas y acercarse a saludarlas se generaba esa transmisión y carga de energías que las afectaba.

- La segunda observación que hace como médico es que los niños (as) y familias que llegan a su consultorio por una afección de salud (posiblemente relacionada con el mal de ojo) presentan como característica física la delgadez. Dado que la premisa en el mal de ojo implica la conducción de calor-energía de un adulto a un menor, el niño delgado tiende a adolecer del mal de ojo debido a que tiene menor cantidad de grasa. Situación contraria a un menor con complexión robusta, pues al tener mayor cantidad de grasa tiene más capacidad de absorber el calor-energía y es menos propenso a padecer el mal de ojo. Situación que no sucede con el niño delgado, quien al no tener una mayor cantidad de grasa que le permita distribuirla, presenta un desequilibrio en su temperatura corporal. Es decir, presenta febrícula, llamada coloquialmente calentura, o también “mirada de calor”.

El médico como enlace entre el enfermo, la familia y el curandero para atender el padecimiento

Por varios motivos, Juan es un médico popular entre la población de la cabecera municipal. Es consciente de las necesidades de salud que requieren la mayor parte de la población que vive en situación de marginación social y que tiene poco dinero para pagar una consulta, y él es uno de los que cobran menos. Proviene de una familia ranchera y bien conocida en Simojovel⁷⁶ por haber tenido, al menos, dos ranchos en el municipio. Y, como recién egresado de la carrera médica y concluida su pasantía, se integró profesionalmente a programas de salud del Instituto Mexicano de Seguridad Social (IMSS), que consistían en la formación de promotores de salud en parajes y comunidades de la región de los Altos de Chiapas. Cuenta que en su proceso se encontró con otras

⁷⁶ También porque en el pueblo se refieren a ellos con un sobrenombre ampliamente conocido en la cabecera municipal.

maneras de curar padecimientos a partir de la utilización de recursos al alcance de las familias, como acudir a curanderos de la región. Aspectos a los que estuvo abierto a escuchar.

Fue en 2010 cuando tuvo como auxiliar en su consultorio a Felipe, un joven enfermero hablante de tsotsil y español, quien llegó con él para hacer sus prácticas de enfermería en la consulta de lo familiar. Cuenta que la estancia del joven le ayudó a conocer que al mal de ojo dentro de la población tsotsil se le denomina *k'el*,⁷⁷ que en español significa: apenarse, en referencia a “que se apena el alma del bebé”, como consecuencia de haber sido chuleado y visto por una persona adulta que, como se ha mencionado, transmite su calor-energía. Recuerda que también supo de otros padecimientos, como el empacho y la quebradura, y que los curanderos y los hierberos son los responsables de dar la atención a las familias que requieren la consulta para esos y otros padecimientos. El médico Juan menciona que el joven Felipe ahora atiende desde una clínica que dispuso la iglesia católica del lugar, llamada coloquialmente “el dispensario”. Juan dice

⁷⁷ Según Felipe el mal de ojo también está presente en otras regiones. Él menciona que la población tsotsil en el municipio de San Andrés Larráinzar lo denomina *kexlal* y que se traduce como “se apenó el espíritu del bebé”. Según él, el espíritu hace referencia al “alma” del bebé o niño.

Bajo esas primeras ideas, podemos decir que el mal de ojo implica ciertos contenidos en la “mirada fuerte” de personas adultas y mayores que provocan una dolencia al alma del bebé o del niño, y que es el cuerpo del menor quien resiente la afección. La presencia del mal de ojo en Chenalhó, llamada enfermedad por parte de Calixta Guiteras, me llevó a revisar la aseveración que hace en su texto, respecto a que “una criatura [*] puede sufrir a causa del enojo de la gente de edad, o por quedar en contacto con otras que poseen más calor. Este segundo tipo de dolencia se suscita, usualmente, a consecuencia del encuentro con una persona mayor, de respeto, lo que produce *kexlal* o, en el caso de un infante, podría toparse con un adulto que poseyera calor extraordinario, llamándosele, entonces, a su enfermedad, *kelsat*, “mal de ojo”” (Guiteras, 1996:119). Dado lo anterior, es importante destacar que, en ambas posiciones, no se especifican las edades de la criatura ni del infante, por tanto, pienso que se entiende como la de un recién nacido y la de un niño, expuestos al *kelsat* y al *kexlal*. Cabe mencionar que esta última es planteada como el “desconcierto” que ocurre en el menor con la dolencia. Si revisamos en el Diccionario de la Real Academia de la lengua española, vemos que hace referencia a “descomposición de las partes del cuerpo, estado de ánimo de desorientación, desorden y desavenencia” (RAE, 2021), entendiéndose así, que una criatura o niño enfrenta una alteración del estado de su cuerpo cuando se encuentra con esa persona de *respeto* por tener un *calor extraordinario*. Entonces en términos del significado, sí hay una cercanía con la traducción que hace Felipe de la palabra *k'el*, cuando refiere que se apena el alma del bebé ante el calor y la fuerza de personas adultas. Siendo este tipo de persona el agente causal que, bajo una especie de nivel, posición social o experiencia de vida dentro de una colectividad, tiene la capacidad o habilidad, mediante su cuerpo y mirada, de hacer que un menor adolezca. Con esa primera idea de elementos, queda así descartado el por qué los jóvenes no son considerados como agentes causales.

[*] Entiéndase por “criatura” a un bebé o también un recién nacido.

Por otra parte, están a discusión las implicaciones del “calor” en la persona adulta, ya que no está claro cómo podemos entenderlo. Sin embargo, por las historias recuperadas de las madres entrevistadas se sabe que el “calor” es entendido como fuerza, energía, que le es restada o sobrecargada en el cuerpo del niño y del recién nacido por la persona adulta. También seguirá en discusión que el mal de ojo, traducido como el *kelsat*, *kexlal*, *k'el*, debe ser revisado desde una perspectiva más ontológica tsotsil, pues queda claro que las primeras impresiones nos conducen a profundizar en la relación del *wayjel* (animal) y de *ch'ulel* (alma) del niño, que se ve apenado cuando interactúa, posiblemente, con las entidades de la persona adulta. Tal vez aquí están las claves para tener una versión más local y menos europea del mal de ojo.

que cuando el enfermero se percató de un caso que requiere la valoración médica de un experto, lo recomienda con él.

En una situación recíproca, Juan comenta que cuando le llegan familias y niños con la dolencia y él considera que el caso está fuera de su ámbito profesional, los envía a la clínica que atiende el joven enfermero. En situaciones similares también ha recomendado a las familias dolientes que visiten a la curandera en su domicilio. Como resultado de su reflexión menciona que ante un padecimiento debe recurrirse a la biomedicina, pero también a las medicinas tradicionales que involucran a curanderos y hierberos, así como a las prácticas domésticas de atención a salud que son dominadas por las abuelas y enseñadas para ser replicadas por otras madres de familia.

5.2.3. Apreciaciones sobre el abordaje biomédico del mal de ojo

En el caso del terapeuta Juan, vemos que buena parte de los saberes y prácticas que ha incorporado a sus conocimientos sobre el padecimiento se los compartió su abuela a través de la transmisión oral; además de lo aprendido en sus experiencias familiares cuando ha tenido a sus hijas con el padecimiento. Lo anterior le ha permitido abrir su perspectiva biomédica a la medicina tradicional, a partir también de lo que ha visto y le ha sido compartido por la curandera en términos de causalidades, diagnóstico y tratamiento primario del mal de ojo.

Juan revela que cuando no observa signos que le indiquen la presencia de condiciones patológicas de interés, ha optado por proponer a madres y padres de familia tratar al niño por mal de ojo, haciendo recomendaciones sobre la práctica de las limpias y, dado el caso, acudir a la curandera para la atención del padecimiento. En ese sentido, sirva para la reflexión el hecho de que no se tiene un dato claro sobre cuántos casos abordados por él siguen sus recomendaciones. Como tampoco se sabe cuántas de esas familias expresan total credibilidad sobre la profesionalización del médico cuando se trata de mal de ojo, menos aún si estas familias recomiendan a sus familiares visiten al terapeuta Juan por ese y otros padecimientos.

Por último, si bien la vinculación y apoyo mutuo que tiene Juan con la curandera no es suficiente para hablar de un diálogo de saberes entre las dos medicinas que representan, al menos es posible afirmar que tienen una combinación ajustada de saberes para tratar un solo padecimiento.

5.3. El caso de la terapeuta tradicional: sus saberes y prácticas con el padecimiento

De inicio, es necesario mencionar que entendemos al terapeuta tradicional como aquel hombre o mujer que ha sido formado en prácticas de la medicina tradicional, que ha tenido como escenario de adquisición de conocimientos su propia casa, con la familia, quien a través de la transmisión oral le ha enseñado los saberes que fortalecen su formación en la atención primaria a la salud.

En este estudio hablaremos de Aurelia, nativa de Simojovel y que toda su vida como terapeuta la ha construido a través de las experiencias y conocimientos como curandera tradicional; siendo actualmente una de las principales curanderas del pueblo, conocida por tratar el padecimiento del mal de ojo y otras dolencias similares con niños y sus familias.

El espacio donde trabaja⁷⁸ la terapeuta para tratar a los niños por este y otros padecimientos tiene las siguientes características:

- La terapeuta tiene su domicilio en el barrio Poyolhó.
- La casa de la terapeuta es de paredes de concreto y techo de láminas.
- Un cuarto de su casa lo designa como área para curar, por lo que permanece limpio.
- El paciente con su familia ingresa por la puerta principal de la casa y la sala es el área de espera.
- Familiares de la terapeuta y ella, vestidos con ropa cómoda, suelen dar la bienvenida a los visitantes, cuando tienen que esperar les piden que se sienten en los muebles de la sala de la casa.
- La terapeuta, por lo general, usa un rosario color plateado con una cruz de madera.
- Ella es quien conduce al paciente y su familiar al área de curación, donde tiene dos sillas de madera.
- Junto a una de las paredes del cuarto de la casa está la mesa de curación cubierta con tela blanca, sobre la cual había veladoras blancas, imágenes y santos católicos que ella refiere le asisten espiritualmente para curar los padecimientos.
- La terapeuta y el niño permanecen parados frente a la mesa. Desde ahí, ella lo pulsa y hace el diagnóstico. Cuando los trata por mal de ojo implica que un familiar del menor recurra

⁷⁸ Descripción a partir de lo observado y registrado en campo y de lo comentado por la terapeuta cuando efectúa curaciones a niños.

a las tiendas vecinales a comprar huevos. Por lo general, la terapeuta cuenta con plantas como *shauk*,⁷⁹ hierbabuena y ruda, las cuales usa en sus curaciones y que son colocadas sobre la mesa de curación. Así, en presencia del familiar del niño, efectúa la limpia, considerada por ella el principal tratamiento para curar el padecimiento.

- Por último, el costo de consulta y curación para sus visitantes es de cincuenta a cien pesos. Esta variación depende del tipo de familia (pobre o rica) que llega a su casa a pagar por sus servicios.

Saberes

Aurelia refiere sus saberes sobre el mal de ojo empezó a construirlos desde que era niña. Cuando tenía diez años aproximadamente, recuerda haber visto a su abuela Minerva curarla a ella, a sus primos y hermanos en múltiples ocasiones. De hecho, también otros niños, hijos de personas conocidas de la familia, llegaban con su abuela para que los trataran por mal de ojo.

Refiere que fueron tantas las veces que observó a su abuela curar (por medio de las limpias con huevo y ruda) que en una ocasión le pidió a Aurelia que le hiciera una limpia a su primo pequeño por mal de ojo. Recuerda que la experiencia fue tan gratificante para ella que le pidió a su abuela que le permitiera curar a alguien más. Sin embargo, eso no sucedió porque años más tarde su abuela falleció por vejez. Aurelia dice que a los 17 años empezó a curar esporádicamente, pues empezó a ser conocida entre familiares vecinos y amistades por su don de curar⁸⁰ a personas por distintos padecimientos. Por su papel de curandera y su experiencia en atender y ayudar a sanar a los niños por mal de ojo, considera que este padecimiento es muy relevante.

Relata que, a lo largo de sus más de 20 años de experiencia como curandera, la mayoría de los casos que ha atendido con niños han sido, principalmente, por mal de ojo, seguido de espanto,

⁷⁹ El *shauk* es la palabra con la que se conoce localmente a la planta de sauco (*Sambucus nigra* L.). También se usa para otros padecimientos (Zolla *et al.*, 2020).

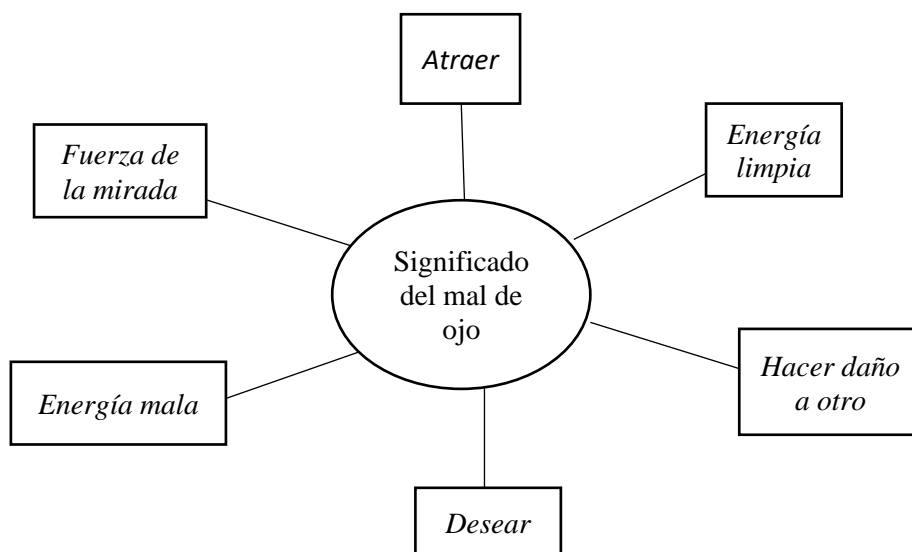
⁸⁰ Entiéndase que cuando se habla del *don de curar*, se hace con referencia a que Aurelia, a su temprana edad, recibió una mesa de curación, más no un altar. Se trata de un mueble de madera de 2 metros de largo por 1 metro de ancho. En la actualidad, la mesa está cubierta con tela blanca, colocada junto a una de las paredes de su casa y sobre la cual tiene muchas imágenes católicas, destacan las referidas a la virgen de Guadalupe, virgen de Fátima, San Simón, San Judas, entre otras. Es de interés mencionar que cuando trata a un niño por el padecimiento, coloca el vaso con agua, huevos y hierbas sobre la mesa. Ella y el niño se colocan frente a la mesa de curación. Ella y sus secretos no revelados se conectan para hacer la limpia en el menor.

quebradura y otros padecimientos similares. Con cierta nostalgia dice que cada año atiende menos casos por mal de ojo, situación que la hace sentir contenta porque piensa que cada vez más las abuelas y las mamás se ocupan de tratar el padecimiento desde casa (sobre todo cuando el mal de ojo no es tan dañino). Para ella el mal de ojo puede presentarse en cualquier familia, sin importar la afinidad religiosa que tengan. Y es que dentro de las familias que la han visitado para curarlas están principalmente aquellas afines a la Iglesia católica, seguidas de participantes de la Iglesia Bautista, Presbiteriana y en pocos casos de la Iglesia Adventista del Séptimo Día. Por eso a ella le queda claro que sí es posible encontrar prácticas familiares de mal de ojo en diversos grupos religiosos. Sin embargo, también expresa tristeza porque ya quedan pocos curanderos como ella que se ocupen de curar estos y otros males en la cabecera municipal.

El significado del mal de ojo

Para Aurelia el significado del mal de ojo es un enigma, ya que no hay claridad sobre su origen y permanencia en muchas poblaciones. En su experiencia atendiendo casos ha podido observar que el mal de ojo es la fuerza de la mirada basada en la energía de una persona (*véase figura 8*), energía que a veces puede hacer daño a otros, como sucede con los niños que son los principales afectados.

Figura 8. Significado del mal de ojo



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista a la curandera Aurelia.

En su reflexión advierte que esta situación que aqueja a unos sí y a otros no, está relacionada con la idea del aura,⁸¹ entendida como la energía que toda persona porta. De hecho, al cuestionarle sobre cómo incorporó este elemento dentro de la narrativa que utiliza para efectuar un diagnóstico reveló que lo aprendió en su caminar de aprendizaje como curandera.⁸² Volviendo al asunto del aura, menciona que la parte superior y central de la cabeza⁸³ es un área de recepción de energías “malas y limpias” (véase figura 9), que todos los niños tienen cuando nacen. Menciona que en el proceso de crecimiento de los menores algunas auras cierran más pronto que otras,⁸⁴ y si bien no tiene claro en qué consiste esta condición, sí menciona que las auras tienden a no cerrar pronto y están abiertas durante al menos los primeros dos años de nacidos los niños;⁸⁵ situación que los hace susceptible de absorber la energía de personas adultas. Para Aurelia, los menores que están en esa condición son *niños especiales* pues advierte que nacen para servir y ayudar a la población cuando lleguen a ser adultos.

⁸¹ El aura es una especie de campo de energía que está alrededor del cuerpo humano. En la actualidad hay muy pocos trabajos que la aborden; de hecho, Lugones, *et al.*, (2006) plantea que ha sido posible evidenciarla mediante estudios de electroterapia. Sin embargo, el aura sigue viéndose como un aspecto de la religiosidad y energía que son comprendidos dentro del hinduismo, por lo que en términos científicos sigue habiendo dudas ante la falta de evidencias.

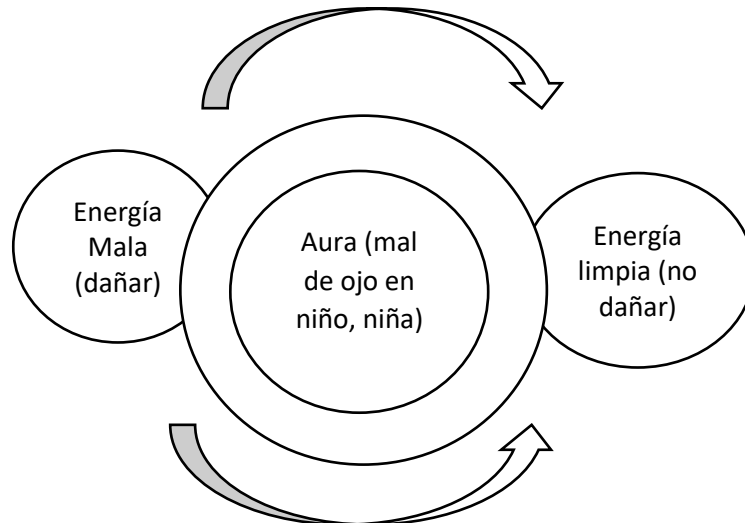
⁸² De hecho, no aclaró si la idea del aura le fue compartida por quien le enseñó a curar o la aprendió por otros medios.

⁸³ Desde los conocimientos de la biomedicina el área superior de la cabeza se denomina fontanela, son “seis áreas de tejido conectivo denso correspondiente a la unión de dos o más suturas. Se encuentran en la línea media la fontanela anterior y la fontanela posterior” (Bustamante, *et al.*, 2010). Las cuales tienen el cierre craneal hasta los 18 meses de haber nacido los bebés.

⁸⁴ Esto es en referencia a la condición de fontanela en los recién nacidos, y que esa capa de corteza craneal se endurece hasta el año y medio de edad.

⁸⁵ Es importante mencionar, que desde la *vox populi*, se habla de la “caída de mollera”, que consiste en que los niños menores de dos años enferman a partir de que el área superior central de la cabeza se hunde por movimientos bruscos a los que se expone a los menores.

Figura 9. Diagrama de las causas del mal de ojo desde la perspectiva de la curandera



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista a la curandera Aurelia.

Debido a lo anterior es que esos niños serán más susceptibles a padecer de mal de ojo, según comenta Aurelia. Dentro de sus saberes está el considerar que los niños tienen una determinada cantidad de energía en su cuerpo, la cual aumenta conforme van creciendo, pero se ve interrumpida cuando una persona adulta le transmite al niño una energía mala o buena, como ya se ha mencionado.

Ella considera que cuando un niño absorbe energía mala muchas veces es porque la persona que lo vio tiene intenciones de dañarlo, por eso el niño presenta signos como llanto, irritabilidad, inapetencia, no duerme, o tiene vómito, calentura y a veces diarrea. Cuenta Aurelia que, en estos casos, la única opción para curarlo una limpia que debe realizar una curandera o un curandero para eliminar la energía mala que le fue transmitida. A veces usa otros elementos propios del conocimiento secreto que tiene como curandera y que no debe ser revelado.⁸⁶

Por otra parte, cuenta que cuando se trata de una “energía limpia” que impacta y absorbe el menor, se está refiriendo a una energía capaz de generar el padecimiento pero que no tiene la intencionalidad de dañar. El siguiente ejemplo ilustra el caso:

⁸⁶ Nótese que se asume como portadora de conocimientos y saberes únicos que, por su condición de curandera dentro de la medicina tradicional, prefirió no revelar. Aunque reconoce que la población, y principalmente las abuelas y las madres, son poseedoras de conocimientos que se pueden aplicar en el autocuidado y los tratamientos a las personas con el padecimiento.

es cuando usted [refiriéndose a mí] ve a un niño o bebé, siente algo bonito que puede atraerle gustarle del niño que está frente a usted, ya sea que lo abrace o solo lo mire y piense cosas agradables del niño, o incluso que usted exprese palabras bonitas al menor, ya con ese acto usted ya está transmitiéndole energías al menor, por lo consiguiente el menor puede enfermarse si es susceptible a su energía, ya que se ve alterada la energía del niño y por eso sí puede enfermarse (Aurelia, curandera, 16 de octubre, 2021).

En estos casos, el afectado presenta lloriqueo, irritabilidad y calentura. Y frente a esto, la mamá o la abuela será quien se ocupe de sanar a los niños a través limpias con huevo, ruda y alcohol. A veces las madres o los padres permiten que la persona conocida como el que hace el ojo abrace a los niños con el padecimiento, con esto también logran curarlos.

El diagnóstico del mal de ojo

Aurelia considera que diagnosticar el mal de ojo no es una tarea complicada, pues más de dos décadas de experiencia la respaldan en la atención del padecimiento. Cuenta que a su casa llegan madres y padres de familia con menores, desde recién nacidos hasta los cinco años, con sospechas de mal de ojo. Refiere que los visitantes suelen ser principalmente familias mestizas con domicilios en los barrios del pueblo. Comenta que en muy pocas ocasiones llegan familias tsotsiles a solicitar su ayuda en la atención del padecimiento, pues cree que buscan el apoyo de curanderos asentados en algunas de las comunidades rurales del municipio. Refiere que los menores que adolecen del mal de ojo enfrentan una alteración de sus energías a través de las auras, esto por haber sido chuleados por personas adultas.

En la perspectiva de Aurelia eso sucede por dos razones. La primera es porque hay personas adultas con energía limpia que, en su interacción con niños susceptibles, generan que estos presenten dolencias. De hecho, dice que hay adultos con ojos grandes y de un color verdoso que suelen ser personas muy amistosas, pero que son señaladas por las familias como generadoras del mal de ojo. Por ejemplo, hizo referencia a un profesor⁸⁷ de educación básica:

el profesor Donato vive rumbo al mercado, estuvo a punto de matar a mi nieta porque se acercó a saludar a mi hija y a mi yerno —ya que son conocidos de hace muchos años— vio a mi nieta y le gustó al profesor, y dijo “¡qué hermosa está la niña!”; platicaron unos minutos y ya luego el profesor, antes de irse, le dijo a mi hija “voy a abrazar a la niña” y le puso un poco de saliva detrás de sus orejas; así pasaron

⁸⁷ A quien denominaremos Donato.

varias horas, cuando regresaron a la casa la niña empezó a estar inquieta, llorona, sin querer comer y a tener mucha calentura, y en ese momento le pregunté a mi hija ¿con quién se habían visto en la calle?, ¿quién se había acercado a la niña?, y ya me dice que el profe Donato (Aurelia, curandera, 16 de octubre 2021).

Para Aurelia, las personas conocidas como “hacedores de mal de ojo” o “el que hace ojo” no tienen que “ser bravos”.⁸⁸ En contraste, dice, hay muchas personas que son “bien relajistas y caen muy bien”; sin embargo, tienen una mirada fuerte que enferma a los niños, aunque no sea su intención.

Por su parte, el profesor Donato⁸⁹ dice:

yo pienso que eso que tengo de mirar a los niños y que dicen que los enfermo, es un don que Dios me dio, porque ayudo al niño y su familia a que se cure, no hay problema porque me busquen para curarlos. Los que ya me conocen, a veces sí esconden sus hijos, otros sí piden que abrace a los niños; y los que no, pues les digo que hago ojo, pero casi todos me conocen, y ya piden que abrace a sus hijos y les ponga saliva detrás de sus orejas y les haga la señal de la cruz (Donato, “hacedor de mal de ojo”, 31 de octubre, 2021).

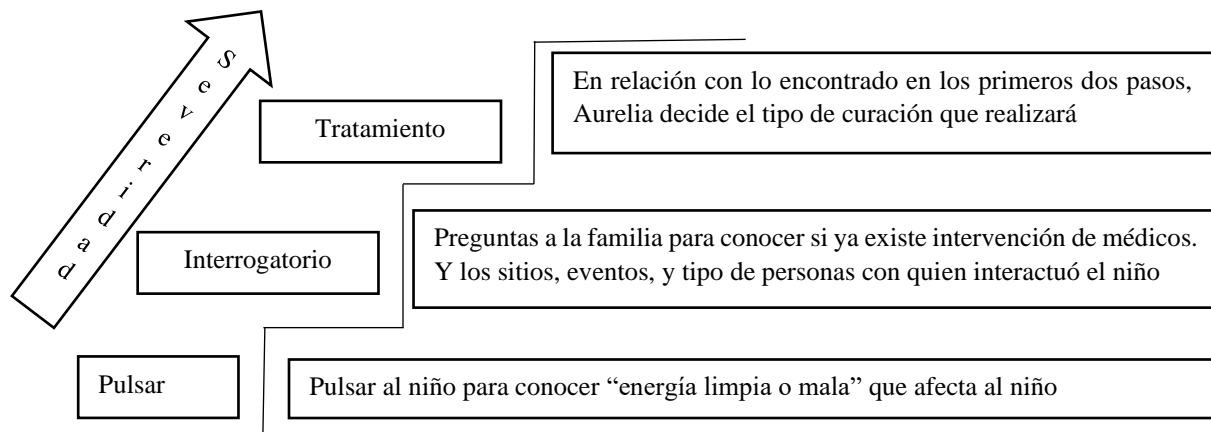
La segunda razón es que, según Aurelia, hay personas que no solo poseen una energía mala o pesada, sino que también tienen la intención de hacer un daño, pueden ser familiares, vecinos, etc., sobrios o en estado de ebriedad y que sí transmiten energías negativas a los niños. Recuerda que cuando les desean algo malo y los tocan con la palma de la mano en el cabello o el hombro, después de transcurrida una hora, más o menos, el niño presenta signos: está llorón, irritable, tiene vómito y calentura o calor. También en ocasiones no duerme, pierde el apetito y a veces tiene diarrea. Considera que se trata de un caso de gravedad. En esas circunstancias es cuando las mamás (a veces acompañadas de las abuelas, y en ocasiones, habiendo ya tratado los signos con limpias) al notar que el calor u otros signos no ceden, recurren a los servicios terapéuticos de Aurelia.

Para intervenir y percibir la presencia de mal de ojo y las causas de las energías que aquejan al menor, Aurelia en presencia de los familiares implementa lo siguiente:

⁸⁸ Es en referencia a personas con carácter fuerte, sin miedo, aguerridos y enojones.

⁸⁹ Entrevista realizada a Donato, quien localmente es conocido como “hacedor de mal de ojo” o “el que hace ojo”. A su vez, es profesor de nivel primaria en el municipio de Huitiupán. Tiene su residencia en la cabecera municipal de Simojovel, Chiapas.

Diagrama 8. Pasos de intervención de Aurelia en el diagnóstico del mal de ojo



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista a la curandera Aurelia.

Los pasos de intervención son: primero realizar un interrogatorio a la mamá o al papá y preguntar a) ¿Llevaron al niño a consulta médica para su atención? y si sucedió, b) ¿Cuál fue el diagnóstico y la recomendación? Aquí comenta que hay casos en que está la presencia de mal de ojo y una infección de la panza del niño. Reitera que cuando observa las condiciones de la afección, comunica a la familia que ella se ocupa del mal de ojo y que ellos visiten al terapeuta Juan para que solucione el problema infeccioso,⁹⁰ c) ¿Qué sitios o a qué eventos fueron ellos con el niño?, d) ¿De qué manera interactuó el menor con el o los adultos?, e) ¿Con quién tuvo contacto visual el menor o de quién recibió halagos?

El segundo paso se refiere a que ella pulsa la muñeca del menor. Comenta que es la única manera de saber si le fue transmitida energía limpia o energía mala. Es importante mencionar que no se especificaron los detalles de su maniobra, pero se intuye que percibe diferencias e intensidades en las pulsaciones que le permiten distinguir entre uno y otro caso.

Aurelia dice a los familiares del menor que no deben asustarse de que haya personas que transmitan energías y en consecuencia niños que sufran la dolencia. Les recuerda que todos tienen

⁹⁰ Enviando a la familia a que visiten los consultorios de al menos dos médicos de lo familiar. Refiere que principalmente los envía con el médico Juan, con quien tiene una relación de intercambio de pacientes pues el médico conoce prácticas de la medicina tradicional.

sus auras, las cuales son áreas de recepción de energías que cuando se alteran por el contacto y la mirada de algunos adultos, es cuando los niños padecen el mal de ojo.

Finalmente, el tercer paso consiste en aplicar el tratamiento curativo, el cual se aborda en los siguientes párrafos.

El tratamiento con el mal de ojo

Para Aurelia existen varias estrategias que las familias pueden realizar para curar el padecimiento. En general está el uso de elementos y procedimientos coincidentes como el huevo de gallina, la ruda, hierbabuena y alcohol, que son de amplio espectro para tratar la dolencia; sin embargo, ella como curandera tiene otras dos opciones que están relacionadas con la causalidad y gravedad.

Tratamiento uno aplicado al niño. Transmisión de energías limpias por parte de un adulto

En este primer tratamiento se utilizan blanquillos (huevos), alcohol (aguardiente) y ruda o, en su caso, hierbabuena. Recuerda que el mal de ojo al ser un padecimiento de calor o caliente, es necesario que la curación refresque y sane al niño. Cuenta que, en presencia de los papás, toma el huevo con sus manos y lo va frotando sobre todo el cuerpo del menor (de la cabeza a los pies, enfrente y atrás). Luego quiebra el huevo dentro de un vaso con agua, y observa qué tan cocida pueda estar la yema. Al observar solo algunos puntos pequeños oscuros de calor, confirma a los padres la presencia de mal de ojo no grave. Luego prosigue su limpia. Moja con alcohol la hierbabuena o la ruda y la pasa sobre el niño, después de unos 30 o 40 minutos el semblante del niño cambia y deja de llorar, de estar irritable y pide de comer. Para Aurelia y la familia ese cambio de ánimo indica que ha sanado.

Tratamiento dos aplicado al niño. Transmisión de energías malas por parte de un adulto

En este caso se utilizan dos tipos de tratamientos dada la energía mala identificada en el niño, ya que puede tratarse de energía proveniente de una persona ebria (“ojo de bolo”) o de una energía con la intencionalidad de dañar.

Aurelia describe que, en el primer caso *a)* se utiliza huevo, hierbabuena y la semilla de ojo de venado como parte de una limpia. Se colocan frente de su mesa de curación,⁹¹ utiliza sus *secretos*⁹² como curandera y pasa el huevo por todo el cuerpo del menor. Luego indica que lo quiebra y coloca su contenido dentro de un vaso de agua, con la idea de observar que el calor esté siendo absorbido; *b)* Luego realiza una segunda limpia pasando la semilla del ojo de venado por todo el cuerpo del niño; después la coloca dentro de un vaso de agua para observar que el calor haya quedado atrapado en el ojo de venado. Con esas dos limpias logra curar al niño de la energía mala generada por una persona ebria.

En el segundo caso, Aurelia comenta que se realiza un baño al niño utilizando ramas de la planta de *shauk*.⁹³ Para ella esta técnica es necesaria porque al haber absorbido energía mala de una persona que sí ha tratado de hacerle daño, el niño genera mucho calor en el cuerpo y la cabeza, y en consecuencia su energía se desequilibra. En este caso, ella recomienda a los padres o madres, regresar a casa por una toalla y algún alimento para el menor. Les recuerda que dada la gravedad es necesario el baño para quitarle el calor y volver a equilibrarle su energía. Pide a los padres que desvistan al niño, solo después de que ella ya haya colocado una vasija con agua en el suelo y esté ubicada frente a su mesa de curación. Cuando el niño está colocado verticalmente dentro de la tina de agua, ella se acerca a bañarlo (no sin antes usar sus *secretos*), y toma las ramas y hojas de *shauk* como si fueran jabón y restriega la hierba sobre la piel del niño. Al terminar lo deja sentado y en reposo dentro de la tina por aproximadamente 15 minutos para que le baje la intensidad del calor que tenía en su cabeza.

Recuerda que después de haberlo secado y vestido se esperan 15 minutos más, mientras tanto ella observa que los signos hayan desaparecido, y por lo regular el menor ya se muestra tranquilo y con hambre recibiendo el alimento que su mamá le guardaba. Para Aurelia el tratamiento del baño es tardado (cerca de dos horas) pero efectivo y da un resultado que a ella le da mucha alegría porque ayuda a otras personas a sanar y cuenta con el agradecimiento de las familias de los niños.

⁹¹ Hay que recordar que Aurelia al ser una terapeuta tradicional, cura desde ese rol. Y para tratar la gravedad de algunos padecimientos lo hace con el apoyo de las imágenes y bultos de santos y santas católicas, ordenadas en tres niveles y que tiene acomodadas sobre su mesa de curación.

⁹² Entiéndase que el término *secretos* utilizado por Aurelia, es para referirse a los conocimientos que tiene como curandera, en apego a la religiosidad presente en su trabajo para curar a las personas que lo requieren.

⁹³ Zolla *et al.*, (2020).

Cuerpo de conocimientos empíricos

Como parte del cuerpo de conocimientos empíricos que se identificaron resalta el aura que, para Aurelia, es un punto de entrada y de salida de energía que cada ser humano experimenta inconscientemente. En los niños representa una zona de susceptibilidad por estar expuesta al ingreso de energías limpias y malas que provienen de las miradas de personas que se sienten atraídas o que intentan hacer un daño. En consecuencia, el desequilibrio de las energías en el niño genera el padecimiento del mal de ojo. Lugones, García y García (2006) mencionan que en un estudio relacionado con la electroterapia se alude a la veracidad del aura alrededor del cuerpo humano: “el Dr. J. Kilner, en 1911, gran estudioso electricista y encargado del área de electroterapia del hospital de Santo Tomás, en Londres, sirviéndose de unas láminas de cristal preparadas con dicianina⁹⁴], pudo demostrar la existencia física del aura de los seres vivos, al descubrir cómo es posible observar el aura humana a través de la luz ultravioleta” (Lugones, *et al.*, 2006).

Son escasos los estudios serios que aborden el tema del aura, por lo que sorprende que Aurelia como curandera la incluya como un elemento de sus conocimientos empíricos, los cuales le permiten saber, en lo general, el estado susceptible de salud de un niño a partir de conocer sus energías.

Según Lugones *et al.*, (2006) en el campo de la medicina ya se aplican procedimientos de diagnóstico con base en la coloración del aura de la persona mucho antes de que aparezcan los signos y síntomas de sus molestias. De ser cierto, será una gran noticia en el campo de la medicina, sin embargo, por ahora debe tomarse con reservas pues no hay muchos trabajos que la sustenten.

La terapeuta tradicional y su relación como mediadora entre el padecimiento del enfermo y las familias

Aurelia, al ser nativa y con residencia en la cabecera municipal desde hace aproximadamente 50 años, ha tejido una red de contacto con familias, vecinos y amistades desde antes de ser curandera. Lo que le ha valido ser una persona ampliamente conocida por un gran número de familias que la identifican ahora por su papel en la medicina tradicional y porque en los últimos

⁹⁴ Se trata de un tinte azul tipo sintético que proviene de un compuesto químico llamado Alquitrán de hulla. Dicyanin (synthetic dye), (Kookscience, 2022).

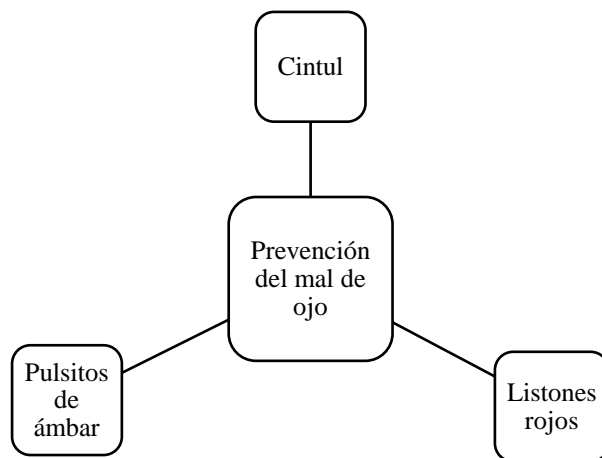
20 años ha priorizado el trabajo con niños y recién nacidos; haciéndose un lugar de referencia entre las familias que demandan su apoyo para tratar el padecimiento. Además de que ha generado interacción con al menos dos médicos de lo familiar, a quienes compartió algunos de sus procedimientos cuando curó de mal de ojo a sus hijos o hijas. Colaboración que ha propiciado un vínculo con los médicos y la generación de un flujo de atención a la salud desde dos perspectivas médicas: tradicional y biomédica. Acción que le permite a ella recomendar a las familias que visiten a algunos de los médicos cuando sabe que no podrá atender el caso. De tal manera que se está frente al manejo dual de procedimientos de la medicina tradicional y de la medicina occidental.

La prevención del mal de ojo

En lo referente a medidas preventivas, Aurelia encuentra que existen tres maneras (*véase diagrama 9*), una de las medidas presentes en todos los casos es la elaboración de amuletos. Refiere que la mayoría de las familias que ha tratado por mal de ojo, tienen dentro de sus prácticas el uso de estos elementos de protección para los bebés y niños. Cuenta que, en su experiencia, para que funcionen deben ser preparados y curados⁹⁵ por ella, ya que les deposita energía haciéndolos funcionales con fines preventivos.

⁹⁵ Esto como parte de los secretos que tiene y adquiere cuando está frente a su mesa de curación. La cual se caracteriza por tener la Biblia, imágenes y bultos de vírgenes y santos de origen católico, flores frescas, veladoras blancas, aguardiente de caña, aceite rosado y otros utilizados en sus preparaciones de curación directa al niño, así como amuletos (pulsos y aretes de ámbar y listones rojos), usados como dispositivos para la prevención del padecimiento.

Diagrama 9. Tres maneras de prevenir el mal de ojo, según experiencias de Aurelia.



Fuente: Elaborado con datos obtenidos de la entrevista a la curandera Aurelia.

En las líneas siguientes se describe la preparación de cada uno de los amuletos.

- El primero es el llamado *cintul*.⁹⁶ Se trata de una semilla de un zacate que lleva el mismo nombre y crece a las orillas de los ríos. Para recoger las semillas del zacate deben acudir principalmente a las orillas del río *Cuculhó*⁹⁷ o *Mazantic*⁹⁸, en la temporada de lluvia y de poca agua. Mas no ir en la temporada de sequía, porque no se encontrará la semilla. Refiere que por lo complicado de adquirir el *cintul*, prefirió que el amuleto fuera de uso especial para los integrantes de su familia, en particular de sus nietos, por eso no es una recomendación general. Una vez que se cuenta con la semilla, es depositada en una bolsa de tela sin color preferente. Luego es amarrada en ambas muñecas de los menores de entre dos y cuatro años, rango de edad en el que ella utilizó el amuleto de *cintul* con sus hijos y nietos. Piensa que la medida es efectiva, pues ayudó a los niños a que cerraran sus auras ante las energías malas y limpias.
- La segunda medida es la referida al uso de las pulseras de ámbar para bebés, que son adquiridas por las familias con los artesanos y otros comerciantes del ámbar. Para Aurelia

⁹⁶ El *cintul* es la semilla de un zacate silvestre que crece a las orillas de los ríos de Simojovel de Allende.

⁹⁷ La palabra tsotsil *Cuculhó* significa: “donde nace el río”.

⁹⁸ La palabra tsotsil *Mazantic*, significa “lugar de mucho mazan”, un crustáceo de agua dulce, que tiene por nombre científico *Cambarellus* y *Procambarus*

el ámbar es una pieza formidable para absorber energías; sin embargo, según su experiencia la pulsera también debe ser curada. Así, relata que las familias interesadas le llevan las pulseras para que les haga la siguiente curación: utiliza semilla de mostaza y aceite rosado, en una sartén coloca de tres a seis semillas y agrega gotas suficientes del aceite para sofreírlas sin que se quemen. Luego las coloca en un recipiente para que se enfríen en aproximadamente 30 minutos. Seca cada una de las semillas y las coloca dentro de unas pequeñas bolsas de tela que, sin importar el color, amarra, y luego las sujeta en la pulsera de ámbar que colocan en la muñeca izquierda o derecha del niño. Aurelia recuerda que esta medida es doblemente efectiva para que el menor no padezca el mal de ojo.

- La tercera medida es el uso de los listones rojos, ampliamente recomendada por Aurelia a las madres y padres de familia, pues no deben gastar mucho para conseguirlos. Cuenta que el color es fortaleza y a su vez incide en rechazar las energías negativas que llegan a los niños. Sin embargo, es necesario que el listón sea curado para que tenga una mejor función como amuleto. El listón debe ser humedecido en aceite rosado. Luego se seca al aire libre y se coloca a la altura de la cintura sobre las ropas del menor. Aurelia dice que esta medida debe ser utilizada en bebés y hasta los dos años principalmente, pues es el periodo en que los menores son más susceptibles por tener sus auras abiertas.

Cuerpo de conocimientos empíricos

Como puede verse, dentro de sus conocimientos empíricos los amuletos están presentes y recurre a ellos cuando se trata de generar un instrumento/dispositivo que permita a las familias reducir y evitar la presencia de mal de ojo en sus hijos menores. En ese sentido, para Aurelia el amuleto es como un aparato que sirve para proteger a alguien de algo que se considera malo.⁹⁹ De acuerdo con Cano (2008), son objetos a los que los seres humanos atribuyen una categoría de cosa poderosa con efectos positivos para quien los porte y luzca. El autor sugiere distinguir dos acepciones del término amuleto. En un primer momento es visto como un elemento mágico que protege a alguien de algo. Una segunda acepción es que dadas sus características sanadoras y de absorción de energías, como sucede con el cuarzo, entonces estamos frente a un instrumento de la medicina y deja de ser un amuleto. En ese sentido, podemos advertir que por las características

⁹⁹ En el Diccionario de la Lengua española, el amuleto es referido como un objeto que las personas llevan encima y al que le atribuyen la virtud de alejar el mal o propiciar el bien (RAE, 2021).

biomagnéticas y eléctricas que tiene el ámbar es entonces un dispositivo médico dentro de la medicina tradicional.

El terapeuta tradicional como enlace entre el enfermo, la familia y el biomédico para atender el padecimiento

Dentro de la red de atención que Aurelia ha tejido, están las madres, padres de familia, abuelas y abuelos. Red que se ve extendida cuando el terapeuta Juan recomienda a otras familias que la visiten; contribuyendo así a que la práctica de la medicina tradicional de la curandería que hace Aurelia persista. Con lo anterior se logra no solo visualizar y reconocer un padecimiento extendido en las prácticas primarias de salud de las familias, sino también que ha sido integrado en las prácticas del terapeuta biomédico, como bien se expuso en párrafos anteriores.

5.3.1. Apreciaciones del caso de la terapeuta tradicional

En el caso expuesto por la curandera, vemos que ella sitúa como punto central de causa del mal de ojo la entrada de energías en la apertura del aura¹⁰⁰ que cada niño tiene. El cual es asediado por las energías limpias y malas, que provienen de dos tipos de personas: las normales¹⁰¹ y quienes intentan hacer algún daño en el menor. Debido a lo anterior, es necesario reflexionar sobre la caracterización de las dos intencionalidades de esos dos tipos de personas para explicar mejor la relación del mal de ojo con el aura y lo que representa en términos de energía en el ser humano, pues es un elemento común en la narrativa de la terapeuta.

Por lo tanto, profundizar en la idea del aura puede servir para generar una ruta alterna que permita entender la nosología del mal de ojo desde la medicina popular practicada en algunas familias. Y donde los amuletos, más allá de elementos con características mágicas (como popular y comercialmente se entiende), puedan verse como instrumentos o dispositivos de uso médico que, por sus propiedades curativas y su conexión con el calor-energía, sí sean un punto de inflexión en la salud de los niños expuestos al mal de ojo.

Una reflexión final es que no sabemos qué tan posicionada está la terapeuta frente a las familias, y cuál es el nivel de credibilidad por las maneras en que atiende la salud de los pacientes en casa pues, como se vio a lo largo de estas páginas, algunas han seguido las recomendaciones

¹⁰⁰ Desde la perspectiva de la curandera, la zona de ingreso de energía está en la parte central de la cabeza del niño.

¹⁰¹ En el sentido que las considera como personas *bravas o relajistas*, pero sin intención alguna de hacer daño al niño.

no solo de realizar limpias para curar a sus hijos, sino también de acudir con terapeutas biomédicos, como el caso de Juan.

5.4. Reflexión final del capítulo

Con base en lo narrado por los terapeutas se presentan características por cada categoría revisada (véase tabla 5.1 y 5.2), para realizar un análisis comparativo de las coincidencias y diferencias encontradas en las prácticas y saberes de cada uno de los terapeutas.

Tabla 5.1 Comparativo de características del mal de ojo, según la práctica del terapeuta biomédico.

Saberes	Significados	Diagnóstico	Tratamientos	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> •Aprender sobre el mal de ojo desde niño •Enseñanzas de la abuela •Males de los ojos •Mal de ojo, “le echaron mal de ojo al niño” •De 0 a 5 años niños susceptibles al mal de ojo •Signos: incomodidad, irritabilidad, calentura, vómito, diarreas •Ojo caliente es igual a energía negativa •Miradas de mujeres en cinta y menstruando. Su metabolismo genera/expelle más calor en comparación con mujeres que no están en esa condición 	<ul style="list-style-type: none"> •Mirada de calor es igual a energía •Mal de ojo es energía conducida •Color rojo repele energías •Mal de ojo es desequilibrio energético del niño 	<ul style="list-style-type: none"> •Auscultación del menor •Interrogatorio a mamá y papá •Identificar causas de infección o de febrícula para tener un diagnóstico y a su vez un tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> •Limpia, con ruda, huevo y alcohol. Sirve para identificar nivel de severidad del calor en el cuerpo y asegurar reducción del calor •Monitoreo de la salud del niño con sus papás, mediante llamadas y mensajes telefónicos •Recomienda limpias para quitarse malas energías 	<ul style="list-style-type: none"> •Uso de pulseras de ámbar

Fuente: Elaborado con datos obtenidos del terapeuta biomédico.

Tabla 5.2 Comparativo de características del mal de ojo según la práctica de la terapeuta tradicional

Saberes	Significados	Diagnóstico	Tratamientos	Prevención
<ul style="list-style-type: none"> •Aprender sobre el mal de ojo desde niña •Enseñanzas de su abuela •De 0 a 5 años es periodo susceptible para los niños •Signos: incomodidad, irritabilidad, calentura, vómito, diarreas •Miradas de calor, ojo caliente de mujeres y hombres enferman a niños •Se han atendido a madres con sus hijos que padecen mal de ojo, los cuales son de diversas religiones: católica, bautista, presbiteriana, pentecostés y adventistas 	<ul style="list-style-type: none"> •Fuerza de la mirada •Atracción •Energías limpias •Energías malas •Hacer daño a otro •Desear •Aura abierta 	<ul style="list-style-type: none"> •Pulsar al niño •Energías alteradas por auras abiertas del niño •Interrogatorio a madres y padres •Identificar signos como: estar llorón, irritable, no duerme, inapetente, vómito, calentura y en ocasiones diarreas 	<ul style="list-style-type: none"> •Limpias con huevo, hierbabuena o ruda y aguardiente en severidad 1 •Limpia con huevo, hierbabuena, ojo de venado en severidad 2 •Limpia, baño del niño con ramas de <i>shauk</i> en severidad 3 	<ul style="list-style-type: none"> •Uso de amuletos curados: Pulseras de ámbar, <i>cintul</i>, listones rojos

Fuente: Elaborado con datos obtenidos del terapeuta tradicional.

Con base en lo anterior podemos decir que:

- La primera dimensión está relacionada con los saberes de los terapeutas. Coinciden en señalar que la mirada de calor – como es el ojo caliente –, es un elemento descriptivo relacionado con las causas del padecimiento en niños con edades de cero a cinco años que presentan signos de incomodidad, irritabilidad, calentura, vómito y a veces diarrea. Se señala que las mujeres embarazadas y menstruando son generadoras del calor y energía, que transfieren a los niños susceptibles al padecimiento. Aspecto que se complementa con la aportación técnica del terapeuta biomédico al referirse que tiene sentido apuntar a las

mujeres embarazadas y menstruando, pues por un proceso hormonal sus metabolismos generan y expelen más calor corporal y energía. Siendo los niños quienes absorben esas energías.

- Una segunda dimensión alude al significado del mal de ojo. Si bien ambos coinciden en entenderlo como energías que desequilibran el cuerpo del niño, sus explicaciones se ven diferenciadas por las nosologías que cada uno ha construido a partir de sus formaciones médicas. Así, se tienen dos perspectivas: *a)* primero es que, desde la posición del terapeuta biomédico, el mal de ojo significa energía. La cual es conducida al cuerpo del niño por la energía expelida por una persona adulta. Por lo tanto, el terapeuta, explica que el mal de ojo está fuertemente relacionado con la conducción de la energía que se genera por la atracción y la cercanía de dos personas. Una de las partes resulta afectada por un desequilibrio energético, y esto implica una alteración en la funcionalidad orgánica del cuerpo humano; *b)* como segundo y último punto, la terapeuta tradicional refiere que el mal de ojo es la sangre del niño que se ve debilitada. También que es la atracción y el aura en el menor que se ve afectada por dos energías *limpias* y *malas* que absorbe al haber sido chuleado por una persona adulta. En el caso de la primera, la refiere como desequilibrar la energía del otro sin la intención de dañar a la persona. Y en el segundo caso, comenta Aurelia, sí implica “hacerle daño al niño”, o es “es por algún lío familiar no resuelto”.
- La tercera dimensión hace referencia al diagnóstico del mal de ojo, donde es visible notar que hay dos posiciones. En la primera, el terapeuta médico muestra que tiene tres maneras de realizarlo: la auscultación del menor, el interrogatorio a los padres de familia y la identificación de signos y síntomas que presente el afectado (incluido el signo de febrícula). En la segunda la terapeuta tradicional manifiesta tener cuatro maneras: la primera es pulsar al niño con la idea de percibir el ritmo de la sangre del menor; la segunda es notar la energía alterada del niño por la presencia de energía mala o limpia en el afectado; la tercera es interrogar a la madre y al padre sobre el lugar y personas con quienes hayan convivido; cuarta es identificar signos básicos del mal de ojo.
- La cuarta dimensión aborda el tratamiento que cada terapeuta trabaja. En ese sentido, el primero, que es Juan, solo ha observado signos de febrícula, irritabilidad, estado llorón e incomodidad del menor y en ocasiones vómito. En ese caso, recomienda a los padres

realicen una limpia al niño con ruda, huevo y alcohol. También les ofrece un monitoreo de la salud del menor. En el segundo caso, la terapeuta tradicional, recomienda a las madres de familia realizar algunas de las tres limpias por grado de severidad de mal de ojo en el menor. Esto último es central en la discusión, dado que marca una diferencia sustancial en la percepción que tienen ambos terapeutas para tratar el padecimiento. Mientras en el diagnóstico y tratamiento del biomédico se observa un grado de severidad y se recomienda un solo tipo de limpia; la terapeuta tradicional observa tres grados de severidad.

Esta diferencia se fundamenta en el momento de su vida en el que adquirieron el conocimiento, el contexto, la causalidad y la modalidad de aprendizaje de cada uno. Pues, aunque ambos supieron del mal de ojo con las abuelas, no compartieron el mismo aprendizaje del padecimiento en la modalidad de la formación, experiencia y convivencia con el mal de ojo. Así, mientras el biomédico se alejó de determinadas prácticas domésticas de salud y amplió sus conocimientos en la medicina humana, la terapeuta tradicional continuó su formación en las prácticas domésticas de salud dentro de la medicina tradicional.

- La quinta dimensión hace referencia a la prevención del padecimiento. Aquí el terapeuta biomédico solo recurre al uso de las pulseras de ámbar para niños, ya que considera que (de acuerdo con la *vox populi*) el ámbar sí es funcional dadas sus características electrostáticas. Por lo tanto, está convencido de que es un elemento que absorbe las energías provenientes de personalidades coléricas y flemáticas, es decir, personas que irradian mucha energía en su entorno. En el caso de la terapeuta tradicional, también coincide en el uso de medios que ayuden a absorber o repeler esas energías, a partir de que los menores utilicen amuletos preparados como es el ámbar, el *cintul* y los hilos rojos. Pues desde su experiencia, los amuletos por sí solos no siempre son suficientemente efectivos para proteger a los menores.

Tomando en consideración lo anterior, es importante mencionar que aun cuando los terapeutas tienen formaciones diferenciadas y pocas fuentes comunes de conocimiento empírico del mal de ojo, también coinciden en denominar/usar al ámbar como un dispositivo de cualidades médicas preventivas, ya que la resina es un elemento biomagnético y bioeléctrico que se caracteriza por conducir y almacenar energía, que en el caso analizado es expelida por personalidad colérica y flemática.

Como puede verse, la exposición de los casos revela que es posible el trabajo entre dos terapeutas de medicinas distintas. Ya que, a lo largo de las últimas décadas, ha sido la biomedicina un ente de representación institucional que ha tratado por diversos medios de marginar y denostar las prácticas de la medicina tradicional. Sosteniendo en algunos casos narrativas que la caracterizan por prácticas médicas falsas que no contribuyen de manera sustancial a la atención del padecimiento. Cuando en realidad desde las prácticas y los saberes de actores centrales como las abuelas, las madres y en menor caso los padres de familia sí están aportando al sostenimiento de la atención primaria de la salud (Menéndez, 1988), un ejemplo relevante es la propuesta de visualizar el *aura* de los seres humanos como un mecanismo que, de profundizarse en su análisis, abre otra ruta para entender las causalidades del padecimiento.

Por último, las maneras de atención a la salud que aplican ambos terapeutas contribuyen fuertemente a sostener las prácticas en torno al padecimiento, mismo que se adapta a las condiciones de autocuidado en la salud de las familias mediante la transmisión oral de saberes. La transferencia de conocimientos empíricos sigue vigente no solo entre generaciones de tipo familiar, sino también entre terapeutas que están abiertos a reconocer la diversidad de nosologías existentes en las prácticas de la medicina familiar o popular. Ya que al final de cuentas, sí tienen un impacto tanto en los niños como en la salud familiar.

Conclusiones

Después de realizar una exhaustiva revisión sobre las prácticas y saberes ligados al *dx-tx-px* del mal de ojo entre madres de tres generaciones en tres grupos familiares, logramos una mirada deductiva con un enfoque sistémico del conjunto de prácticas en el que participan madres cuidadoras desde su etapa temprana (niñez y adolescencia), hasta cuando asumen el rol de cuidadoras al tener a sus primeros hijos, panorama que les permite una clara comprensión de las implicaciones al enfrentar el padecimiento. Como puede verse, en cada grupo familiar se construye, se sostiene y se replica ese conocimiento fundamentalmente entre las mujeres de la familia, siendo ellas quienes agregan, modifican o dan continuidad a las maneras de abordar el padecimiento, según las dimensiones de aprendizaje y aplicación que les toca enfrentar.

En ese proceso también se incluye a los sanadores, quienes al asumirse como terapeutas en la medicina tradicional y la occidental también replican y modifican algunas maneras de abordar el mal de ojo influyendo dentro del ámbito doméstico. El conjunto de actores navega en un mar de conocimientos básicos y empíricos que le sirve para abordar el padecimiento y a su vez les permite la generación de experiencias e historias particulares, trazadas sobre la base del conocimiento colectivo que se tiene sobre el mal de ojo en Simojovel de Allende.

A partir de las descripciones presentadas se proponen tres atributos que de manera sistemática describen una serie de características que componen las narrativas. Desde un ejercicio reflexivo de lo observado en las historias de vida, se realizó una valoración cualitativa que permitió anotar los cambios, continuidades y modificaciones en este conjunto de actores. Como un primer paso se muestra y define en qué consiste cada uno de los atributos propuestos.

- Consistencia del conocimiento de las prácticas y saberes del padecimiento a nivel generacional y por grupos familiares.

Entiéndase a este atributo como aquellas acciones, actividades y saberes que conocen las madres cuidadoras para hacer frente al mal de ojo. Las cuales son valoradas por la intensidad y solidez del conocimiento que practica cada una de las generaciones y grupos familiares.

- Mezcla de distintos saberes y prácticas del mal de ojo que tienen las familias.

Entiéndase al atributo como las maneras en que las familias no solo recurren a los saberes sobre diagnóstico, tratamiento y prevención que previamente les fueron transferidos por algunos de sus

parientes, sino también a medidas preventivas que escucharon de vecinos y otras personas aledañas a sus barrios y pueblo. Incluso, también desde el exterior de la zona de estudio.

- Mezcla de saberes terapéuticos sobre el padecer que provienen de terapeutas tradicionales y occidentales

Entiéndase al atributo como aquellos saberes que provienen de curanderos y biomédicos, relacionados con el atender, recomendar, sugerir y compartir con las madres cuidadoras para sanar a los afectados. Para esto se considera el origen y cómo fueron adquiridos dichos conocimientos, dado que uno proviene del ámbito de la medicina tradicional y el otro de la biomedicina.

Segundo, para el análisis concluyente, los atributos se distribuyen en tres secciones (*véase tablas 6.1, 6.2 y 6.3*). Cada una es valorada en función de las siguientes variables propuestas: Intactos, Nulos, Mezclas (saber tradicional/occidental), y Desapareciendo. Esto con la finalidad de reflexionar y hacer un primer análisis de las continuidades, modificaciones o cambios en el proceso del padecer.

Los resultados se presentan a continuación:

Tabla 6.1 Primer atributo valorado

Atributo: Consistencia del conocimiento de las prácticas y saberes del padecimiento a nivel generacional y por grupos familiares	Generaciones de la familia Sánchez			Generaciones de la familia Cruz			Generaciones de la familia Montes			Totales
	1era	2da	3era	1era	2da	3era	1era	2da	3era	
Intacto	***			***			***			9
Nulo										0
Mezclado (tradicional/occidental)		**			**	**		**	**	10
Desapareciendo			*							1

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados en campo y de las historias de vida.

Nota: véase las valoraciones de intensidad por cada variable registrada:

Atributos con presencia/continuidad *

Atributos con fuerte presencia **

Atributos con muy fuerte presencia ***

Atributos sin presencia -

De acuerdo con las valoraciones resultantes del atributo relacionado con la consistencia del conocimiento, tenemos las siguientes observaciones y conclusiones:

Resalta a la vista que este conocimiento está intacto, no solo por el alto número de veces en que se refleja su presencia, sino también porque está muy vigente en el quehacer de los autocuidados que realizan las terceras generaciones con los integrantes de sus familias. Por consiguiente, surge una interrogante ¿por qué este conocimiento se considera consistente y está intacto en las primeras generaciones y no en las otras?

Al respecto podemos considerar lo siguiente:

- Las primeras generaciones al permanecer en estructuras familiares rígidas, no cambiantes en cuanto a la flexibilidad de las relaciones sociales entre sus miembros, obliga a que las mujeres como receptoras de conocimientos orales los mantengan, reproduzcan y más tarde continúen replicándolos con otras generaciones, porque forman de una estructura patriarcal de ser familia y a su vez es un mecanismo de perpetuidad para la práctica de la medicina tradicional. No hay que olvidar que, dentro de uno de sus ámbitos medulares, la salud (representada en los autocuidados) es una tarea asignada históricamente a las mujeres quienes, a su vez, están expuestas a la escucha en su día a día de frases recurrentes, a manera de códigos,¹⁰² que fortalecen su relación con el padecer desde varias etapas de sus vidas.
- Otro aspecto de esta reproducción social de la consistencia del conocimiento es que la primera generación —constituida por las abuelas— comenzó su camino del aprendizaje y comprensión del mal de ojo desde la niñez. Justo a la par en que la impronta de los roles sociales de género (respecto a sus deberes en el ámbito doméstico incluido el cuidado de otros), empiezan a perfilarse definiéndose al llegar a la adultez. En su tránsito de conocimientos sobre el mal de ojo experimentan y vivencian las aflicciones del padecer desde una óptica más subjetiva, en su relación madre - hijo, pero también de manera intersubjetiva pues amplían sus saberes a partir de las anécdotas, de lo que se dice, observa y escucha en el colectivo familiar.
- Podemos afirmar que la transmisión de prácticas y saberes a nivel intergeneracional es dinámica, por eso no existe un conocimiento intacto sobre el mal de ojo. Esto lo observamos entre las

¹⁰² Referidos a expresiones como: “le hicieron ojo al niño o niña”, “colocar hilos rojos”, “que tal señor no vea al niño porque hace mal de ojo, que usen pulseras de ámbar, ropas en color rojo, etcétera. Los cuales sirven para sensibilizarlos en relación con el padecimiento al que exponen a los niños.

segundas y terceras generaciones, donde identificamos cambios en la estructura familiar y si bien las mujeres siguen ejerciendo rol de cuidadoras ya se instalan en otras dinámicas, como el estudio y el trabajo. Y aunque la dinámica familiar y la toma de decisiones respecto al cómo tratar o atender a los miembros enfermos se discute dentro del núcleo familiar existe inferencia de las generaciones antecesoras o influencias de las generaciones más jóvenes y de los terapeutas del ámbito biomédico.

- Las primeras generaciones tenían una estructura familiar rígida donde se observaban los roles tradicionales del padre, madre y de género respecto a hijos e hijas. Por consiguiente, se enfatizaba en que las mujeres de la casa (las niñas) aprendieran a cuidar de otros, en este caso de los hermanos mientras que en las segundas y terceras generaciones la estructura familiar permite la entrada de conocimientos ya sea de amigos, vecinos, terapeutas tradicionales o inclusive, occidentales. Por tanto, estas últimas generaciones tienen más opciones para resolver situaciones de autocuidado en sus propias familias.

- Por otra parte, una condición que incide para favorecer la solidez en la consistencia del conocimiento alrededor del padecer del mal de ojo, y que permanece vigente entre las segundas y terceras generaciones, es justo la mezcla de visiones, prácticas y recursos al alcance de las madres cuidadoras. Si bien mantienen variantes con relación a los significados del mal, se hace énfasis en que los menores, (por sus cortas edades y porque están en un proceso crítico de mayor desarrollo fisiológico y sensorial) sean considerados de mayor riesgo. Sobre todo, porque recurrentemente enfrentan signos de “calentura”, algo que las madres, desde la llamada medicina tradicional, explican al concebirlos como chicos receptores de mayor o menor “energía”.¹⁰³

- Por último, es aún muy temprano para pensar que el conocimiento del padecer del mal de ojo tenga tendencia a desaparecer. Ya que, si bien se tiene el caso de una madre de tercera generación que no lo incluye dentro de sus prácticas de autocuidado, por ser conocimientos empíricos producto de creencias, sigue estando en la estructura de saberes de dominio de la abuela, quien los sigue transmitiendo a su nieta.

¹⁰³ Término que por cierto está muy asociado a la religiosidad hindú, y que por alguna razón desconocida está presente en el lenguaje de las madres cuidadoras para explicar la vulnerabilidad de sus hijos frente al mal de ojo. No podemos afirmar la incidencia de tal religiosidad, solo llamo la atención sobre esta idea presente en las explicaciones que tienen de las causalidades del mal de ojo.

Tabla 6.2 Segundo atributo valorado

Atributos Mezcla de distintos saberes y prácticas del mal de ojo que tienen las familias	Generaciones de la familia Sánchez			Generaciones de la familia Cruz			Generaciones de la familia Montes			Totales
	1era	2da	3era	1era	2da	3era	1era	2da	3era	
Intacto	*			*			*			3
Nulo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Mezclado (tradicional/occidental)	*	***		*	***	**	*	***	***	17
Desapareciendo	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados en campo y de las historias de vida.

Nota: véase las valoraciones de intensidad por cada variable registrada:

Atributos con presencia/continuidad *

Atributos con fuerte presencia **

Atributos con muy fuerte presencia ***

Atributos sin presencia -

Tras revisar los resultados de las valoraciones del segundo atributo, salta a la vista que existe una mezcla de prácticas tradicionales con las llamadas occidentales respecto a las maneras de saber, diagnosticar, tratar, curar y prevenir el padecimiento. Por lo tanto, los saberes sobre el mal de ojo como padecimiento están más vivos que nunca en las prácticas de los autocuidados que las familias realizan en el ámbito de la medicina tradicional.

El atributo lo marco con presencia intacta en las primeras generaciones, pues en las familias permanecen ideas clásicas, hegemónicas y hasta conservadoras sobre el mal de ojo. De tal manera que prevalecen significados relacionados con la baja o mucha energía en el menor, que por su edad lo hacen susceptible a la dolencia. También permanecen frases coloquiales que describen al mal de ojo e ideas sobre la alteración del equilibrio (frío-calor) como una de las principales causas del mal.

Hemos de aclarar que las primeras generaciones aportan un elemento que marca la diferencia respecto a la mezcla de saberes cuando al hablar de significados advierten que en los menores hay “sangre débil, “que se asusta la sangre” o “el espíritu del menor”. Por tanto, más allá de que el propio término de “espíritu” tenga un origen occidental, reflexionarlo y profundizar en la idea conducirá a explorar esa entidad anímica que subyace al “alma” y que está representada en la sangre que, según la percepción de las familias, no está fortalecida en el menor. De ahí que vean en el significado del color rojo “la fuerza” o “energía” que requiere el menor para sobreponerse de la dolencia que también afecta a la madre.

Otro aspecto relevante en esta mezcla de saberes está representado socialmente en las frases coloquiales. Esas que advierten que las “miradas de calor”, “miradas fuertes”, “calor de vista”, “personas ebrias” forman parte del conjunto que nutre el conocimiento empírico del mal de ojo, incluidas aquellas expresiones relacionadas con el uso de listones y prendas de vestir en color rojo.

Un último punto que rescatar en esta mezcla familiar y generacional de saberes es que algunos procedimientos terapéuticos no son exclusivos del pueblo. De tal manera que las limpias forman parte de las prácticas de autocuidado que realizan madres en diferentes partes del país, para diagnosticar y para curar el padecimiento. Sin embargo, es en las experiencias de cada uno de los grupos familiares donde logran construir algunas particularidades en las maneras de abordar el padecimiento. Mientras en algunos desarrollaron capacidades para identificar niveles de severidad

gradual de la afección en el menor, y a su vez medidas para curarlas; en las experiencias de otros grupos familiares solo registran algunas variantes manifestadas del mal, como en el primer caso.

Podemos mencionar que mientras en las experiencias de determinados grupos sociales y étnicos del país hay una recurrencia al uso del ojo de venado para tratar y prevenir el mal de ojo, es en los casos de las segundas y terceras generaciones donde existe una prevalencia del uso de pulseras de ámbar como medida preventiva. Circunstancia que no se reflejó en las prácticas y saberes en las tres primeras generaciones, esto por la ausencia tanto de los saberes como de la cantidad de ámbar con fines preventivos. Como puede verse, el mal de ojo como padecimiento no solo está representado socialmente en las maneras que tienen las generaciones para abordarlo en sus fases de diagnóstico, tratamiento y prevención, sino también en actividades económicas- artesanales, desde donde se incentiva y se preparan recursos para su en el proceso del padecer.

Tabla 6.3 Tercer atributo valorado

Atributo Mezcla de saberes terapéuticos del padecer que provienen de aportes de terapeutas tradicionales y occidentales	Curandera	Biomédico	Totales
Intacto	-	-	0
Nulo	-	-	0
Mezclado (tradicional/occidental)	***	**	5
Desapareciendo	-	-	0

Fuente: Elaboración propia con datos recuperados en campo y de las historias de vida.

Nota: véase las valoraciones de intensidad por cada variable registrada:

Atributos con presencia/continuidad *

Atributos con fuerte presencia **

Atributos con muy fuerte presencia ***

Atributos sin presencia -

Con relación a la valoración del tercer atributo, referido a la mezcla de saberes del padecer por parte de los terapeutas de la medicina tradicional y occidental, se registran las siguientes observaciones y conclusiones:

De acuerdo con los resultados de la valoración y las experiencias descritas en los casos de ambos terapeutas, podemos afirmar que no existen elementos para pensar que estos saberes estén desapareciendo, ni para pensar que se mantienen intactos. De hecho, la curandera se convierte en un ente que representa y mantiene vigente el ámbito de la medicina tradicional y al mismo tiempo vela por abordar esos otros males de los que no se ocupa la biomedicina, como es el mal de ojo. Otro punto interesante es la participación de un biomédico en el proceso del diagnóstico y atención del mal de ojo que, al mismo tiempo, trata de comprender y explicarse cómo funciona el padecimiento. En este sentido, la convergencia de los terapeutas en la atención del mal de ojo es un mecanismo que permite la continuidad del padecer, vía mezcla de saberes y prácticas aprendidas en el contexto de las relaciones de sus respectivas familias, y no tanto por sus posiciones en los enfoques terapéuticos.

Es de resaltarse que los terapeutas involucrados en la atención del mal de ojo, si bien tienen formaciones distintas, comparten factores que los posicionan de manera diferenciada como concedores del padecer. Condición relevante que reflejan en las maneras de atención del mal con las familias. Más allá de los espacios en que reciben y dan recomendaciones a los afectados, es la terapeuta de la medicina tradicional quien tiene un mayor conocimiento del padecer porque forma parte de su enfoque médico. Sin embargo, por los orígenes en que ambos aprenden a conocerlo, tienen en común la infancia y que a ambos les fueron transmitidos oralmente conocimientos básicos por parte de sus respectivas abuelas. Como puede verse, la medicina tradicional de las abuelas juega un papel sustancial en la estructura de las prácticas y los saberes que se reproducen tanto a nivel de familias como también de los terapeutas.

Siguiendo este orden de ideas se propone un segundo nivel de conclusiones enfocado a dos puntos. Primero, advertir si los saberes y prácticas del padecer enfrentan continuidad, modificaciones y/o de cambios en sus procesos.

Continuidades

La continuidad de las prácticas y los saberes que tienen las generaciones y los grupos familiares no solo se da porque exista una persona – como la madre y la abuela – que oralmente transmita los conocimientos a la niña o a la madre cuidadora, sino que también incide el tipo de relación que haya entre las partes; es decir, que exista una relación cercana y con reglas bien establecidas entre la transmisora y la receptora del conocimiento. Esta base en los enclaves de lo familiar incide en que este padecimiento esté más vivo que nunca dentro de las prácticas del autocuidado realizado por integrantes de las familias como parte del ámbito de la medicina tradicional que es practicada desde casa.

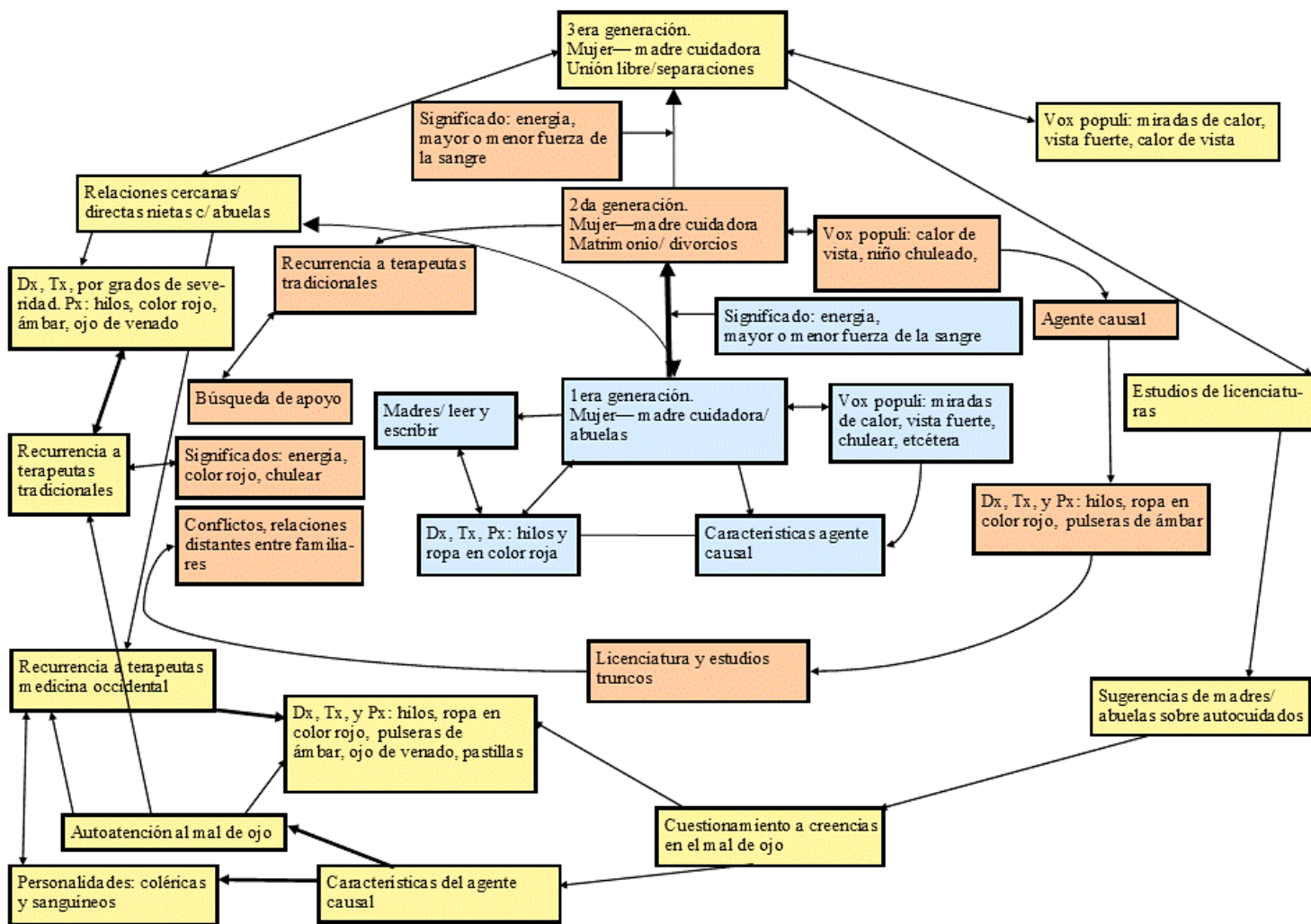
Modificaciones

Las modificaciones presentes responden al hecho de que las generaciones están abiertas a agregar y/o apropiarse de medidas y dispositivos que por su eficiencia se han incluido en sus procesos de autocuidado. Y cuando hablamos de los medios que integran a sus procesos, no se hace referencia solo a los recursos utilizados en las fases de diagnóstico y tratamiento, sino también en la prevención del mal, lo que va desde la inclusión de amuletos locales y externos, visitas al curandero y al biomédico, como también al inicio del pluralismo médico (como se vio en la administración de comprimidos en el contexto del autocuidado familiar).

Cambios




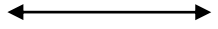



Los cambios visibles entre las segundas generaciones de las familias (de todos los grupos familiares) son el punto de inflexión del *continuum* del proceso del padecer (diagnósticos, tratamiento, prevenciones, referentes brindados) ya que solo tienen a su alcance medidas suministradas por las abuelas para tratar el mal de ojo. Entiéndase entonces que la inflexión no necesariamente marca la pauta para rotundos cambios en las prácticas y saberes, pero sí posibilita el camino para el abandono de las prácticas en próximas generaciones. Al respecto se puntualiza que algunos elementos estructurales de las prácticas y conocimiento se ven alterados en el proceso de transmisión oral y de experiencias en el *continuum* del padecer. Mientras que otros se mantienen en cada una de las generaciones, tal y como se observa a continuación (*véase diagrama 10*).

Diagrama 10. Representación de la transmisión de prácticas y saberes del padecer del mal de ojo*



Fuente: Elaboración propia.

*Nota: Obsérvese el siguiente cuadro de simbología

Líneas gruesas unidireccional		Relación fuerte y cercana
Línea delgada unidireccional		Relación cercana/directa
Línea mediana unidireccional		Tendencia sin retorno
Línea mediana bidireccional		Tendencia de retroalimentación
Generaciones familiares		1era., generación
Generaciones familiares		2da., generación
Generaciones familiares		3era., generación

Como se puede apreciar, la transmisión tiene como punto de partida una serie de conocimientos base que son transmitidos de generación en generación. A su vez, son reforzados por voces provenientes de otros parientes cercanos y de personas conocidas quienes, con base en sus propias experiencias, comparten sus aprendizajes respecto a este mal propio de la medicina tradicional. De acuerdo con el diagrama 10, la estructura de la transmisión muestra tres niveles correlacionados, tipo esfera, donde las características, agentes causales, diagnósticos, tratamientos, medidas de prevención y significados, se van imbricando en cada una de las experiencias que tiene cada una de las generaciones. Si bien eso fortalece la dinámica de las prácticas y los saberes, existen otros elementos que aparecen de acuerdo con las coyunturas de las experiencias de cada generación. Sobresale que, en las segundas generaciones, más allá de sus propios niveles de estudios, enfrentaron relaciones de matrimonio y conflictos que afectaron la conexión con su entorno social. Sin embargo, fue la relación cercana y directa que tuvieron con sus propias madres, lo que les valió comprender de mejor manera al padecer cuando asumieron el rol de madres. Saber identificar niveles de severidad del mal no solo les sirvió para explorar su comprensión de los significados sino también para conocer en qué circunstancias de gravedad podían recurrir a los terapeutas tradicionales para que les ayudaran a sanar a los afectados. Si bien esas dinámicas se replicaron en las experiencias de las terceras generaciones, de alguna manera se vieron modificadas por particularidades que enfrentaron las familias de las jóvenes madres cuando realizaron las tareas de los autocuidados. Por tanto, enfrentar situaciones de conflictos en sus relaciones familiares, cuestionamientos a las prácticas del padecer, nuevos puntos de vista de terapeutas sobre el mal de

ojo y, a su vez, más opciones para enfrentar el padecimiento, tiene como resultado que este mal — incluso con inflexiones — se esté transformando a nivel de percepciones y de prácticas con las madres cuidadoras en los tres grupos de familias. En consecuencia, algunas medidas para afrontarlo están desapareciendo, y otras, como el uso del ámbar y la incorporación del ojo de venado, están fortaleciendo las prácticas en torno a padecer del mal de ojo en Simojovel de Allende, Chiapas.

Es importante mencionar que este trabajo no se propuso hablar sobre las diferencias de género como de la presencia de cuidadoras con relación a quienes eran los que tenían mayor o menor participación en el proceso de la autoatención del padecer el mal de ojo, por tanto, en el planteamiento como en la hipótesis no se enfatizó sobre estos elementos. Sin embargo, el proceso y sus resultados nos llevó a saber que hay una predominancia de las mujeres en los autocuidados y la autoatención del padecer y es en menor caso la participación de los hombres ocupados en dichos cuidados. Por esto se hace necesario precisar que las mujeres en su rol social de madres y abuelas son las cuidadoras de los hijos afectados y a su vez, quienes asumen el padecer de la afección, por tanto, son las mujeres que, ocupadas del autocuidado de la afección en sus hijos, no solo son quienes viven el padecer sino también las garantes, por elección o por un tema de género las ocupadas de la transmisión del padecer a lo largo de las tres generaciones familiares con el padecimiento del mal de ojo.

Como último punto se menciona que, de acuerdo con los dos terapeutas del ámbito tradicional y biomédico, en el proceso de autocuidado resulta importante pensar en la proximidad o existencia de un diálogo de saberes para discutir el padecimiento. El hecho de haber identificado la participación de ambos terapeutas en el mal de ojo invita a reflexionar en términos de esa posibilidad de diálogo de ambos enfoques. No solo porque provienen de perspectivas distintas, sino también porque la medicina occidental en su rol hegemónico desestima la existencia y la importancia social de la medicina tradicional.

Haber encontrado la participación de ambos terapeutas en el abordaje del mal de ojo nos permite pensar que es posible alcanzar el diálogo. Aunque, al menos en este caso, falta conocer de manera sistemática la generación, coincidencia y tensiones de esta relación que los ha llevado a tener una primera interacción donde ambos terapeutas mostraron apertura. Con referencia a lo anterior, la Organización Panamericana de la Salud considera que el diálogo de saberes en el

ámbito de la salud se trata de “diálogos interculturales, vistos como procesos de comunicación e intercambio entre personas, grupos o comunidades que provienen de diferentes orígenes o culturas” (OPS, 2022:8). Sin embargo, en esta definición no se reconocen las particularidades de los conocimientos que proveen las personas y comunidades respecto a cómo realizar los autocuidados de la salud; por el contrario, una mirada tan general hace sospechar del concepto que maneja la OPS, pues es un tanto vertical y hegemónico en su aplicación. Por ende, está implícita la mirada de la medicina occidental que no reconoce la existencia de otras formas de medicina, como es la tradicional. Siendo que esta última es la que se ocupa de reconocer y ofrecer procedimientos para tratar otros padecimientos —como el mal de ojo—, y no la biomedicina, ya que no la atiende porque no se permite comprender las lógicas de pensamiento en las que se inscriben otros padecimientos dentro de la medicina tradicional.

Males como este son menospreciados y vistos como síndromes culturalmente delimitados, no solo porque no forman parte de las clasificaciones médicas de la biomedicina, sino también porque tienen su base en las prácticas y saberes de las abuelas, curanderos y terapeutas dentro de la medicina tradicional. Por lo tanto, posiciones como las planteadas por la OPS definitivamente no contribuyen a la posibilidad de generación de espacios para el diálogo de saberes. En ese sentido, las experiencias recuperadas de dos terapeutas opuestos por el modelo de medicina en el que se encuentran inmersos, pero coincidentes en las maneras de abordar el mal de ojo no los excluye del cuestionamiento de si están o no en un proceso de diálogo de saberes que les permita entender al padecimiento desde sus propias lógicas compartidas y reflexionadas entre sí.

Ante esto podemos afirmar que no existe un diálogo de saberes entre el terapeuta tradicional y el occidental, ya que para eso primero deben avanzar en un proceso de diálogo intercultural, como lo propone Paredes (2022). En específico que transite en los tres pasos del respeto y la seguridad cultural para no anteponer o hacer una sujeción de dominio sobre las pautas de comprensión del mal de ojo. Segundo, crear las condiciones para escuchar y ajustar el lenguaje entre ambos para reconocer códigos y aprendizajes que les permitan tener una conversación dialógica, respetando las lógicas en que uno y otro entiende el conocimiento. Y tercero, que ambos estén en condiciones de evaluar y discutir mutuamente los alcances de sus aprendizajes, para que puedan afianzar o construir maneras de comprender desde adentro las implicaciones del abordaje de un padecimiento.

Como una reflexión anexa, se menciona que, si bien históricamente se habla de que el conocimiento del mal de ojo en las regiones europeas tiene alrededor de dos mil años, y en paralelo pensemos que es un periodo que pueda aplicar a las prácticas de autocuidado que quizá hayan desarrollado las culturas prehispánicas en América, entonces hablamos de que el mal de ojo es un padecimiento de larga duración presente en las prácticas del autocuidado de la salud a nivel familiar. Entiéndase entonces esta idea no en el sentido historiográfico del concepto, sino simplemente porque se convierte en uno de los males complejos arraigados en la llamada medicina tradicional, y no en la occidental. Siendo esta primera medicina la que está al alcance del aprendizaje de la familia y la que resuelve de manera positiva casos de mal de ojo y otros similares. Por consiguiente, cabe preguntarse si ¿podrá en algún momento la medicina occidental diagnosticar, tratar-curar y prevenir el padecimiento del mal de ojo con su tecnología? O será que ¿solo requiere explorar y mejorar sus capacidades de diálogo intercultural con la medicina tradicional para entender que existen otras lógicas que abordan otros padecimientos? Hago estos cuestionamientos no para que tengan que ser respondidos ahora, pero al menos sí para entender que se tienen que trazar pautas para conectar de manera equilibrada y respetuosa con otros tipos de medicina como es la tradicional.

Recomendaciones

De acuerdo con lo manifestado en el trabajo se recomienda lo siguiente:

1.- La medicina tradicional como patrimonio cultural e inmaterial

Existen esfuerzos de investigación antropológica y de otras disciplinas para documentar los aportes de la medicina tradicional en la atención de la salud de la población por parte de centros públicos de investigación como CIESAS, UNAM, IPN, entre otras. También de otras dependencias del Gobierno Federal y estatales, como de la Comisión Nacional de los Pueblos Indios que a través de programas subvenciona el fomento de la medicina tradicional en la salud comunitaria. Sin embargo, es necesario:

- Declarar a la medicina tradicional mexicana como patrimonio biocultural e inmaterial mediante gestiones que realice el Gobierno Federal de México en la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO).

- Eliminar al mal de ojo de la clasificación de las enfermedades de salud mental, pues de manera dolosa se le sigue observando como síndrome o enfermedad de filiación cultural. Algo similar a lo ocurrido con la homosexualidad que fue tratada de manera errónea como enfermedad o trastorno mental. Por lo tanto, debe considerarse al mal de ojo como un padecimiento tal y como lo entiende la denominada medicina tradicional.
- Procurar el rescate de las memorias colectivas de las prácticas y saberes de la medicina tradicional, existentes a lo largo y ancho del territorio nacional mediante estrategias reguladas y organizadas por centros de investigación, la Secretaría de Salud, la Comisión Nacional de los Pueblos Indios, sectores organizados de terapeutas y universidades en los estados. Como ejemplo, en Chiapas, la Universidad Intercultural y la Organización de Médicos Indígenas de Chiapas podrían recuperar esas memorias de conocimiento de la medicina tradicional, como es en el caso del padecimiento del mal de ojo.

2.- La medicina tradicional como figura elemental dentro del sistema de salud en México

Las investigaciones de la Antropología médica, así como de los etnólogos que han sistematizado experiencias en la medicina tradicional en al menos los últimos cuarenta años, deben ser compartidas con la población. En especial aquellas relacionadas con procedimientos enfocados a los diagnósticos y tratamientos que han impactado la salud comunitaria.

En México, el sistema de salud ofrece a su población tres niveles de atención: el de primer contacto, el de especialidades- hospitalización, y el de alta especialidad; todos basados en el enfoque de la medicina occidental. Sin embargo, existe una realidad auspiciada por los conocimientos empíricos de abuelas, madres y terapeutas que funciona como primer nivel de atención para las familias: la medicina tradicional. No obstante, tiene pobre o nulo reconocimiento por parte de la medicina occidental y de las instituciones de salud, aun cuando se encuentra instituida en las prácticas del ámbito doméstico y de terapeutas tradicionales. Por lo tanto, debe considerarse:

- Crear Escuelas de Medicina Tradicional (EMT), para que no solo se incentive la investigación en herbolaria y se complemente la formación del terapeuta, sino también se sistematicen sus experiencias médicas en la atención de padecimientos. De tal manera que el perfil del terapeuta tradicional, la partera, etc., sea más cercano a la población que requiera de sus servicios. Esto puede lograrse si se generan programas subvencionados por

la Secretaría de Salud, dentro de su Plan Sectorial de Salud (2020-2024). Programas donde pueden participar la Comisión Nacional de los Pueblos Indios, sectores organizados de la medicina tradicional y las universidades para definir acciones en conjunto.

- Considerar a las EMT como espacios de diálogo e intercambio de perspectivas para el manejo integral de la salud, para que, desde una posición transdisciplinaria, no solo basada en la investigación sino en la praxis de la medicina tradicional, terapeutas, médicos, investigadores, parteras y amas de casa caminen hacia la construcción de diálogos de saberes por la salud de la población.

3.- Promover una perspectiva de pertinencia cultural en la currícula de la formación médica

En cuanto a la formación médica, son pocas las universidades del país que hacen esfuerzos relevantes para reconocer las aportaciones que tienen las comunidades en materia de medicina tradicional. Lo anterior es porque impera una visión eurocentrista del modelo biologicista de la medicina, así como un enfoque monetarista y clasista en la formación de los próximos médicos. Por lo tanto, considero necesario lo siguiente:

- Crear espacios de diálogo para la práctica de la medicina tradicional en espacios de la medicina occidental, donde conversar y conocer las lógicas de pensamiento de ambos enfoques posibilite el trabajo conjunto en pro de la atención a la salud de la población. Cabe aclarar que, aunque se han realizado esfuerzos en esa dirección, no han sido funcionales. Está por ejemplo el caso del Hospital de las Culturas, en San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, donde los médicos gineco-obstetras al no tener un enfoque intercultural para dar la atención a la salud junto a las parteras, terminan por no sumarse a una interacción o diálogo de saberes en favor de una atención a la salud intercultural.
- Replantear o reestructurar la currícula de formación de los médicos a partir de las necesidades de atención en la salud intercultural que requiere el país. Este debe ser un mandato por cumplir por parte de centros de investigación, universidades y la propia Secretaría de Salud. Por tanto, se requiere la formación de profesionales de la salud que atiendan, compartan y aprendan nuevos conocimientos, en búsqueda de la pertinencia cultural. Como ejemplo está la carrera de médico cirujano en la Universidad Intercultural de Chiapas, donde el 28% del mapa curricular se basa en materias relacionadas con: lenguas originarias, antropología médica, enfermedades de filiación cultural, herbolaria y procesos interculturales de salud.

Seguir considerando a los males como el susto, el empacho, el mal de ojo, etc., como enfermedades dentro de la clasificación del DSM IV, es negativo para un posible diálogo de saberes entre los dos enfoques médicos. Por consiguiente, es necesario que se proscriba como tal de la enseñanza médica en los centros de formación de la medicina occidental.

- Que sea un mandato del médico egresado de las universidades, brindar sus servicios de salud con pertinencia cultural. Por tanto, es urgente que su formación tenga ese enfoque. El mismo principio aplicaría para otras carreras afines a los servicios de la salud como psiquiatría, psicología, pediatría, entre otras. No apostar por estas propuestas, es seguir abriendo la brecha entre estos dos enfoques que, al paso de los años, han empezado a saludarse, pero no a mantener un diálogo de saberes en la salud intercultural.

Para terminar, sirva el presente trabajo como un acercamiento documentado de las dolencias que se tienen en las familias por este padecimiento milenario llamado mal de ojo, el cual ofrece una enorme riqueza de conocimientos empíricos, no solo con relación a los procedimientos que tienen las madres cuidadoras, sino también por los aportes que tienen los terapeutas para abordar los casos. En ese sentido, este trabajo no solo será un documento para el repositorio CIESAS que pueda ayudar a otros interesados en ampliar el conocimiento del padecimiento, sino que busca contribuir a la divulgación de la medicina tradicional en diversos espacios de diálogos interculturales en salud, y estará al alcance de las personas que compartieron sus experiencias, incluidos los terapeutas en Simojovel de Allende. No solo para que se lean, sino también para que se motiven en relación con no abandonar el conocimiento en la medicina tradicional del ámbito doméstico.

Bibliografía

Alvar Nuño, Antón

2006 “Falsas consideraciones en los estudios sobre el mal de ojo en el mundo clásico”, en *ARYS* [en línea], vol. 7, pp. 101-114, España, consultado el 24 de agosto 2022, disponible en <<http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/4952>>

2010 *El mal de ojo en el occidente romano: materiales de Italia, norte de África, península Ibérica y Galia*, tesis de doctorado en Historia antigua, Universidad Complutense de Madrid, España, [en línea], consultado el 2 de marzo de 2021, disponible en <: <https://eprints.ucm.es/11039/>>

Almarza Franco, Yamely y Johann Pirela Morillo

2016 “Glasser y Strauss: Construyendo una teoría sobre apropiación de la gaita zuliana”, en *Revista de Ciencias Sociales (Ve)* [en línea], vol. XXII, núm. 4, pp. 115-129, consultado el 25 de junio 2022, disponible en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28056724008>>

Bazán Levy, Carmen de Lucía, Margarita Estrada Iguiniz y Georgina Rojas García

2019 *La urdimbre doméstica: Textos en torno a la familia*, México, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social, (Colección México).

Bazant, Jan

1974 “Peones, arrendatarios y aparceros. 1868-1904”, *Historia Mexicana* [en línea], vol. 24, núm. 1, pp. 94-121, consultado el 18 de marzo 2022, disponible en <<https://historiamexicana.colmex.mx/index.php/RHM/article/view/2908>>

Bembibre, Cecilia

2009 “Sociocultural”, en *Definición abc*, consultado el 10 de mayo 2021, disponible en <<https://www.definicionabc.com/social/sociocultural.php>>

Biblioteca Digital de la Medicina Tradicional Mexicana

2009 *Atlas de las Plantas de Medicina Tradicional Mexicana, México* [en línea] consultado en agosto 2022, disponible en <<http://www.medicinatradicionalmexicana.unam.mx/apmtm/termino.php?l=3&t=ruta-graveolens>>

Bohannan, Paúl

1996 *Para raros, nosotros. Introducción a la antropología cultural*, Madrid, Ariel, consultado el 10 de julio 2021, disponible en <<https://cazembes.files.wordpress.com/2014/03/bohannan-paul-para-raros-nosotros-parte-1.pdf>>

Buendía Reyes, Mauricio Jaime

2015 *El estudio del susto en comunidades Totonacas de la costa de Papantla, Veracruz. Una perspectiva epidemiológica*, tesis de maestría en Antropología, Facultad de Antropología, Universidad Veracruzana, [en línea], consultado el 15 de septiembre 2022, disponible en <<https://cdigital.uv.mx/handle/123456789/39501>>

Bustamante J.L.; L.A. Miquelini; M. D'Agustini y A.M. Fontana

2010 “Anatomía aplicada de las fontanelas, trabajo presentado en el XLIV Congreso Argentino de Anatomía de la Asociación Argentina de Anatomía”, *Revista Neurocirugía* [en línea], vol. 21, pp. 253-259, consultado el 20 de junio 2022, disponible en <https://www.researchgate.net/publication/314317979_Anatomia_aplicada_de_las_fontanelas/link/58cc0fc992851c374e12d74d/download>

Campos Navarro, Roberto

2019 “La enfermedad del mal de ojo en la ciudad de México (1979-2018)”, en Gerardo Fernández Juárez y Francisco M. Gil García (coordinadores), *Sinestras Brujerías y hechicerías en el mundo hispánico*, Quito Ecuador, Ediciones Abya-Yala, pp. 255- 282.

Cano López, Santiago

2008 “Los amuletos” [versión electrónica], en *Boletín de la Asociación Provincial de los Museos Locales de Córdoba*, núm. 9, pp. 311-320, consultado el 28 de mayo 2022, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/buscar/documentos?query=Dismax.DOCUMENTAL_TODO=amuletos>

CIE-10

2008 Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud 10ª. Revisión, V 1 publicación científica No. 554 Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud OPS, [en línea], consultado el 19 de enero 2023, disponible en <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>

CIE-11

2022 Clasificación Internacional de Enfermedades para Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (Versión: 02/2022) Undécima revisión Guía de Referencia Organización Mundial de la Salud [en línea], consultado el 17 de enero 2023, disponible en <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f347093131>

Comisión Nacional para el Conocimiento y Uso de la Biodiversidad (CONABIO)

2010 “Ojo de venado”, *Malezas de México* [versión electrónica], México, Comisión Nacional de la Biodiversidad, consultado en agosto 2022, disponible en <http://www.conabio.gob.mx/malezasdemexico/fabaceae/mucuna-argyrophylla/fichas/ficha.htm>

De la Rosa M, L Arce, JA Villarreal, L Ibarra, J Lozano

2012 “Germinación de semillas de chile de Simojovel (*Capsicum Annuum* L.) previamente expuestas a NaCl y ácido giberélico”, *International Journal of Experimental Botany. Fundación Romulo Raggio* [en línea], vol. 81, consultado el 23 de octubre de 2021, disponible en https://www.researchgate.net/publication/263448788_Germinacion_de_semillas_de_chile_simojovel_Capsicum_annuum_L_previamente_expuestas_a_NaCl_y_acido_giberelico

Domínguez Peña, Susana

2007 “Realidad y leyenda del mal de ojo”, en *Revista GAROZA de la Sociedad Española de Estudios Literarios de Cultura Popular* [en línea], España, núm. 7, consultado el 3 de enero 2021, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2377949&orden=135568&info=link>

Diagnóstico de Salud Mental – IV – TR

2002 *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Washington/España, American Psychiatric Association, pp. 1004, 1007.

Fernández García, Joaquín, José Martínez González y Francisco Jesús Fernández Guisasola

2014 “El mal de ojo en la cultura popular asturiana”, en *Etnografía y Folklore Asturiano Conferencias 2011-2012*, España, Real Instituto de Estudios Asturianos, [en línea], consultado el 22 de agosto 2022, disponible en https://www.researchgate.net/publication/316285350_El_mal_de_ojo_en_la_cultura_popular_Asturiana

Foster, George

1994 *Hipocrates' Latin American Legacy. Humoral medicine in the New World*, New York, Gordon and Breach Science Publishers.

Diagnóstico de Salud Mental 5

2013 Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM.5, Asociación Americana de Psiquiatría, Arlington, VA. pp. 4,5, 361, [en línea] consultado el 18 de enero 2023, disponible en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:bn1Z-gzsaLQJ:https://www.medicapanamericana.com/mx/libro/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales-incluye-version-digital&cd=35&hl=es&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d>

Jiménez, Gilberto

2012 “El problema de la generalización en los estudios de caso”, *Cultura y representaciones sociales* [en línea], México, vol. 7, núm. 13, pp. 40-62, consultado el 25 de junio 2022, disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-81102012000200002&lng=es&tlng=es

Gómez, José Antonio y Gerardo Gómez

2006 “Saberes tradicionales agrícolas indígenas y campesinos: rescate, sistematización e incorporación a las IEAS”, *Ra Ximhai* [en línea], México, vol. 2, núm. 1, pp. 97-126, consultado el 5 de abril 2022, disponible en <http://ojs.unam.mx/index.php/rxm/article/view/6864>

Gracia, Agustina

2015 “Curaciones rituales en la actualidad: el caso del “mal de ojo”, *Mitológicas* [en línea], Argentina, vol. XXX, pp. 98-119, consultado el 8 de mayo 2021, disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=146/14645591004>

Guber, Rosana

1994 “Hacia una Antropología de la Producción de la Historia”, *Revista En Entrepassados* [en línea], Argentina, vol. IV, núm. 6, pp. 23-32, consultado 09 de mayo 2021, disponible en <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:TUqd0iE4dJIJ:https://cis.conicet.gov.ar/wp-content/uploads/sites/23/2014/09/Guber-CV-2014.pdf+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d>

Guiteras Holmes, Calixta

1996 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*, México, Fondo de Cultura Económica.

Gutiérrez Capulín, Reynaldo, Karen Yamile Díaz Otero y Rosa Patricia Román Reyes

2016 “El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica”, *Ciencia Ergo Sum* [en línea], México, vol. 23, núm. 3, consultado el 18 de julio de 2021, disponible en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>>

Guzmán, Fernando

2018 “La abeja prehispánica, mejor que la europea”, *Órgano informativo de la Universidad Nacional Autónoma de México* [en línea], núm. 4,941, consultado el 22 de octubre 2021, disponible en <<http://www.gaceta.unam.mx/la-abeja-prehispanica-mejor-que-la-europea/>>

Hueso Montoro, César

2006 “Teorizaciones El padecimiento ante la enfermedad. Un enfoque desde la teoría de la representación social”, *Index de Enfermería* [en línea], Argentina, vol. 15, núm. 55, consultado el 25 de febrero 2021, disponible en <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113212962006000300011&lng=es&tlng=es>

Hermitte, María Esther

1970 *Poder sobrenatural y control social. En un pueblo maya contemporáneo* [versión electrónica], México/Argentina, Instituto Indigenista Interamericano/ Editorial Antropofagia, disponible en <<https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwiGvuSsss36AhWznWoFHcVDBPAQFnoECAwQAQ&url=https%3A%2F%2Fseminariosocioantropologia.files.wordpress.com%2F2014%2F03%2Fpoder-sobrenatural-y-control-social.pdf&usg=AOvVaw1w2rRTJMIMc5-Q0x3KbPzf>>

Idoyaga Molina, Anatlilde

2013 “Las manifestaciones del mal de ojo en Iberoamérica. Reflexiones críticas sobre la posibilidad orígenes indoamericanos”, *Scripta Ethnologica* [en línea], Argentina, vol. XXXV, pp. 109-222, disponible en <<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=148/14831221006>>

Idoyaga Molina, Anatlilde y Mariano Gancedo

2014 “El mal de ojo como enfermedad: elitelore y folklore en Iberoamérica”, en *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* [en línea], Centro Argentino de Etnología Americana CONICET, vol. LXIX, núm. 1, pp. 77-93 consultado el 28 de septiembre 2020, disponible en <<http://dra.revistas.csic.es/index.php/dra/article/view/314>>

Instituto Nacional de Ecología (INECOL)

2021 “Albahaca” La planta del mes [versión electrónica], México, Instituto Nacional de Ecología A.C., consultado en enero 2023, disponible en <https://www.inecol.mx/inecol/index.php/es/ct-menu-item-25/planta-del-mes/37-planta-del-mes/721-albahaca>

Jiménez Silva, Alan Ángel

2017 “Medicina tradicional”, *BOLETIN CONAMED-OPS* [en línea], Órgano de difusión, vol. 13, año 2, p.13 consultado el 28 de agosto de 2022, en <http://www.conamed.gob.mx/gobmx/boletin/boletin13.php>

Jodelet, Denise

1986 “La representación social: fenómenos, concepto y teoría”, en Sergei Moscovici (Ed.), *Psicología social II, Pensamiento y vida social. Psicología y problemas sociales*, Barcelona, Paidós, pp. 469-494.

2008 “El movimiento de retorno al sujeto y el enfoque de las representaciones sociales”, en Denise Jodelet y Alfredo Guerrero Tapia (Comps.), *Revista digital Cultura y representaciones sociales. Un espacio para el diálogo transdisciplinario* [en línea], México, consultado el 25 de marzo 2021, disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/crs/v3n5/v3n5a2.pdf>

Kleinman, Arthur

1988 *The Illness narratives. Suffering, healing, and the human condition*, Norteamérica, Basic Books, Inc. pp. 3-6.

Kook sciencie

2022 Dicyanin, (synthetic dye), en *Kook Science Research Hatch*, consultado el 13 de junio 2022, disponible en [https://hatch.kookscience.com/wiki/Dicyanin_\(synthetic_dye\)](https://hatch.kookscience.com/wiki/Dicyanin_(synthetic_dye))

Leavell, Hugh R. y E. Gurney Clark

1965 *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*, New York, McGraw-Hill Book Company.

López-Austin, Alfredo

1993 *Textos de Medicina Náhuatl*, México, Instituto de Investigaciones Históricas-Universidad Autónoma de México.

Lorente Fernández, David

2014 “Medicina indígena y males infantiles entre los nahuas de Texcoco: pérdida de la guía, caída de mollera, tiricia y mal de ojo” en *Anales de Antropología* [en línea], México, vol. 49. pp. 133 – 136 consultado el 3 de diciembre 2020, disponible en [<http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/50889/pdf >](http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/50889/pdf)

Lugones Botell, Miguel, Luis Alberto García Pichs y Marlen García Hernández

2006 “El aura humana”, en *Revista Cubana de Medicina General Integral* [en línea], vol. 22, núm. 4, consultado el 3 de junio de 2022, disponible en [<http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400017&lng=es&tlng=es>](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000400017&lng=es&tlng=es)

2020 Mapa de Simojovel de Allende, Chiapas, Perfiles Municipales Centro de Información Estadística y Geográfica de Chiapas (CEIEG). México, INEGI. 2020, disponible en [<https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/Inicio>](https://www.ceieg.chiapas.gob.mx/perfiles/Inicio)

Maloney, Clarence

1976 “Introduction”, en Clarence Maloney (ed.), *The Evil Eye*, New York, Columbia University Press.

Mata Pinzón, Soledad, Gimena Pérez – Ortega y Ricardo Reyes Chilpa

2018 “Plantas medicinales para el tratamiento del susto y mal de ojo. Análisis de sus posibles efectos sobre el sistema nervioso central por vía transdérmica e inhalatoria” en *Revista Etnobiología* [en línea], México, consultado el 25 de marzo de 2021, disponible en [<https://revistaetnobiologia.mx/index.php/etno/article/view/305/304>](https://revistaetnobiologia.mx/index.php/etno/article/view/305/304)

Mellado Campos, Virginia, Carlos Zolla, María del Carmen Carrillo Farga, et al.

1994 *La medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. II*, México, INI/ Biblioteca de la Medicina Tradicional Mexicana.

Menéndez, Eduardo L.

1994 “La enfermedad y la curación. ¿Qué es la medicina tradicional?” [en línea], México, *Alteridades*, vol. 4, núm. 7, pp. 71-83, consultado el 12 de abril de 2022, disponible en [<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008>](https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711357008)

1988 “Modelo medico hegemónico y atención primaria” [en línea], ponencia en Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud, Universidad de Buenos Aires, Argentina, 30 de abril al 7 de mayo de 1988, pág. 451- 464, consultado el 13 de octubre de 2020, disponible en

https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf

- 2003 “Modelos de atención de los padecimientos de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas”, *Ciencia & Saúde Coletiva* [en línea], Brasil, vol. 8, núm. 1, pp. 185 – 207 consultado el 15 de mayo 2021, disponible en <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>
- 2008 “Epidemiología sociocultural: propuestas y posibilidades: propuestas y posibilidades”, *Región y sociedad* [en línea], México, vol. 20, pp.5-50, consultado el 13 de julio de 2022, disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-39252008000400002&lng=es&tlng=es.
- 2018 “Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos”, *Revista Desacatos de Revista de Ciencias Sociales* [en línea], México, vol. 58, pp. 104-113 consultado el 14 de abril 2021, disponible en <https://desacatos.ciesas.edu.mx/index.php/Desacatos/article/view/1999/1438>

Mora Delgado, R. Jairo

- 2008 “Persistencia, conocimiento local y estrategias de vida en sociedades campesinas”, *Revista de estudios sociales* [en línea], Colombia, núm. 29, pp. 122-133, consultado el 1 de abril de 2022, disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2742898>

Moscovici, Serge

- 1979 *El psicoanálisis, su imagen y su público*, Buenos Aires, Ed. Huemul, [en línea] consultado el 6 de mayo 2021, disponible en https://www.researchgate.net/publication/266257708_El_psicoanalisis_su_imagen_y_su_publico/link/561f841a08ae93a5c9240987/download

Moscoso Pastrana, Prudencio

- 1981 *La Medicina tradicional en los Altos de Chiapas*, San Cristóbal de Las Casas, Chiapas, México, Editorial Tradición.

Mosquera Saravia, María Teresa

- 2002 *El Mal de Ojo entre los Achí: una propuesta para su análisis*, ANUARIO, México, Instituto de Estudios Interétnicos Universidad de San Carlos de Guatemala y Universidad de Ciencias y Artes de Chiapas, pp. 237 – 248,

Núñez, Jesús

2004 “Los saberes campesinos: Implicaciones para una educación rural”, Investigación y *Postgrado* [en línea], España, vol. 19, núm. 2, pp. 13-60, consultado el 2 de abril de 2022, disponible en http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-00872004000200003&lng=es&tlng=es

Organización Panamericana de la Salud

2022 *Metodología de los diálogos de saberes*. Washington, D.C, consultado el 15 de octubre de 2022, disponible en <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55670>

Osorio Carranza, Rosa María

2001 *Entender y atender la enfermedad. Los saberes maternos frente a los padecimientos infantiles*, México, CIESAS/ INAH/ INI.

Paredes Solís, Sergio

2022 “Diálogo intercultural entre parteras tradicionales y médicos occidentales”, ponencia presentada en el Seminario Internacional Referentes y construcciones de lo político, socioeconómico y de la salud ante la COVID-19, 13 de octubre, disponible en [Seminario Internacional | Seminario internacional “Referentes y construcciones de lo político, socioeconómico y de la salud ante la COVID-19” | By Ciesas Sureste | Facebook](#)

Partida, Virgilio y Ricardo Aparicio

2000 *Índices de desarrollo social en las etapas del curso de vida* [en línea], México, Consejo Nacional de Población México consultado el 11 de abril 2022, disponible en [http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices de desarrollo social en las etapas del curso de vida 2000](http://www.conapo.gob.mx/es/CONAPO/Indices_de_desarrollo_social_en_las_etapas_del_curso_de_vida_2000)

Paz-Torres Margarita

2017 “Mal de ojo y otras hechicerías. Brujería y curanderismo en Europa y América: México, España, Rumanía y Portugal”, *Ra Ximhai* [en línea], México, vol. 13, núm. 1, pp. 117-140, consultado el 22 de febrero 2021, disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=461/46153646008>

Peretti, Leda

2010 “Las “enfermedades culturales”, la Etnopsiquiatría y los terapeutas tradicionales de Guatemala”, *Scripta Ethnologica* [en línea], Argentina, vol. XXXII, pp.17-28, consultado el 11 de marzo de 2021, disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14815618002>

Rangel Rivera, Claudia Cecilia

2017 *Los que saben curar. Etnografía de tres médicos interculturales en el Altiplano potosino, Catorce, S.L.P.*, tesis de maestría en Sociología, El Colegio de San Luis A.C., México, [en línea], consultado el 22 de junio 2021, disponible en <http://colsan.repositorioinstitucional.mx/jspui/handle/1013/371>

Real Academia de la Lengua Española (RAE)

2021 *Diccionario de la Lengua Española*, consultado el 20 de marzo 2022, disponible en <https://dle.rae.es/t%C3%A9cnico> De la Rosa M., Arce L., Villarreal JA, Ibarra L., Lozano J.>

Riquelme Alcántar, Francisco

2014 *Ámbar de México: Biogeoquímica, tafonomía y paleobiología*, tesis de doctorado en Ciencias Biológicas, Instituto de Ciencias Biológicas, Universidad Nacional Autónoma de México, México, [en línea], consultado el 2 de junio de 2022, disponible en https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000675515

Ross, Collin A.

2011 “Creencias tradicionales y campos electromagnéticos”, *AIBR, Revista de Antropología Iberoamericana* [en línea], México, vol. 06, núm. 03, pp. 269-288, consultado el 12 de febrero 2021, disponible en <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=62322226002>

Salvador Hernández, Pedro Pablo

2017 *El mal de ojo en Toledo*, tesis de doctorado en Antropología, Facultad de Humanidades, Universidad de Castilla-La Mancha, España, [en línea], consultado en 23 de febrero de 2021, disponible en <http://hdl.handle.net/10578/12653>

Serrano González, Rafael, Fernando Guerrero Martínez y Rafael Serrano Velázquez

2011 “Animales medicinales y agoreros entre tzotziles y tojolabales”, *Estudios Mesoamericanos* [en línea], México, vol. 11, consultado el 11 de marzo 2022, disponible en <https://iifilologicas.unam.mx/estmesoam/uploads/Vol%C3%BAmenes/Volumen%2011/animales-medicinales%20-y-agoreros.pdf>

Strauss, Anselm y Juliet Corbin

2002 *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*, Colombia, Contus Editorial/ Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia, pp. 157-174, consultado el 26 de junio 2022, disponible en:

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=trauss%2C+Anselm+y+Corbin%2C+Juliet+%282002%29.++Bases+de+la+investigaci%C>

3%B3n+cient%C3%ADfica.++T%C3%A9cnicas+y+procedimientos+para++desarrollar+la+teor%C3%ADa+fundamentada.++Colombia.+Editorial+Universidad+de++Antioquia>

Susser W., Mervin

1962 *La Sociología de la medicina*, México, Oxford University Press/ Instituto Mexicano del Seguro Social.

Tascón Mendoza, José Antonio

2019 *La Contemplación dañina. El mal de ojo en la Sierra Norte de Puebla*, tesis de licenciatura en Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Toledo, T., Sonia

1996 *Historia del movimiento indígena en Simojovel, 1970–1989*, Chiapas, Instituto de Estudios Indígenas-Universidad Autónoma de Chiapas (Serie monografías 6).

Urióstegui Flores Adrián

2015 “Síndromes de filiación cultural atendidos por médicos tradicionales”, *Revista de Salud Pública* [en línea], Colombia, vol.17, núm. 2, pp. 277-288, consultado el 22 de febrero 2022, disponible en <https://www.redalyc.org/pdf/422/42241778011.pdf>

Villalobos Villagra, Mariano Humberto

2001 *Significado del agente causal del mal de ojo en las relaciones familiares de los nahuas de Axochiapan, Morelos*, tesis de maestría en Antropología Social, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.

Velasco Urbina Ángel de Jesús

2007 *Los artesanos del ámbar: una nueva identidad*, tesis de licenciatura en Sociología, Universidad Autónoma de Chiapas, Facultad de Ciencias Sociales, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, México.

Villa Rojas, Alfonso

1982 “Breves consideraciones sobre la creencia del 'mal de ojo'”, *Anales de Antropología* [en línea], México, vol. 19, núm. 2, consultado el 22 de octubre de 2020, disponible en <http://www.revistas.unam.mx/index.php/antropologia/article/view/16482>

Welti Chanes, Carlos

2017 “Existen en México tres grupos de familias con 11 variantes”, *Boletín UNAM-DGCS-335* [en línea], México, UNAM, consultado el 14 de agosto 2022, disponible en https://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2017_335.html

Young, Allan

1982 “The Anthropologies of Illness and Sickness”, *Annual Review of Anthropology* [en línea], EEUU, vol. 11, pp. 257-285, consultado el 25 de mayo de 2022, disponible en <http://www.jstor.org/stable/2155783>>

Zolla Luque, Carlos, Sofía del Bosque, Antonio Tascón y Virginia Mellado

2020 *Mal de ojo, empacho y otras enfermedades tradicionales*, México, Artes de México.

Bibliografía complementaria

Agroproductividad

2018 “Meliponario para la crianza de abeja sin aguijón (*Scaptotrigona mexicana* Guérin-Meneville)”, *Revista Agroproductividad* [en línea], México, vol. 10, núm. 1, consultado el 22 de febrero 2022, en línea, disponible en <https://www.revista-agroproductividad.org/index.php/agroproductividad/article/view/942>>

Barañano, Ascensión, Luis José García, María Cátedra y Marie J. Devillard

2007 *Diccionario de relaciones interculturales. Diversidad y globalización*, Madrid, España, Editorial Complutense.

Clifford, James

2001 *Dilemas de la cultura. Antropología, literatura y arte en la perspectiva posmoderna*, Barcelona, España, Ed. Gedisa.

García, Juan Cesar

2010 “Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina”, *Revista cubana de la Salud Pública* [en línea], Cuba vol. 36, núm. 4, pp. 371-380, consultado el 15 de marzo 2022, disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662010000400014>

Moreno, Altamirano Laura

2013 *Epidemiología Clínica*. México, 3era edición McGraw-Hill Interamericana editores S.A. de C. V., p. 170, consultado el 17 de enero 2023, disponible en https://www.academia.edu/40070230/Epidemiologia_clinica_moreno_3_edici

Organización Panamericana de la Salud

2002 *Módulos de principios de epidemiología para el control de enfermedades (MOPECE)*, EEUU, Oficina regional de la Organización Mundial de la Salud (Serie PALTEX N° para Técnicos Medios

y Auxiliares N° 24), consultado el 22 de noviembre de 2020, disponible en https://www.paho.org/col/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=publicaciones-ops-oms-colombia&alias=853-mopece1&Itemid=688

Puyana V., Yolanda y Juanita Barreto G.

1994 “La historia de vida: Recurso en la investigación cualitativa. Reflexiones metodológicas”, *Revista Maguaré* [en línea], Colombia, núm. 10, consultado el 10 de mayo 2021, disponible en <https://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196/15051>

Rodríguez García, Pedro Luis y Luis Rodríguez Pupo

1999 “Principios técnicos para realizar la anamnesis en el paciente adulto”, *Revista Cubana Medicina General Integral* [en línea]; Cuba, vol. 15, núm. 4, pp. 409-414, consultado el 20 de marzo de 2022, disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400011

Sánchez Rengifo, Luz Mary

2001 *Evaluación y trazado de la estructura de la familia. Evaluación de conflicto conyugal: una guía para principiantes*, Serie Documentos de trabajo no. 4, Colombia, Facultad de Humanidades Escuela de Trabajo Social y Desarrollo Humano, Universidad del Valle, consultado el 24 de febrero 2022, disponible en <https://es.scribd.com/document/405905305/Sanchez-Evaluacion-y-Trazado-de-La-Estructura-Familiar>

Villar Aguirre, Manuel

2011 “Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención”, *Acta Médica Peruana* [en línea], Perú, vol. 28, núm. 4, pp. 237-241, consultado el 22 de junio 2022, disponible en www.redalyc.org/pdf/966/96621053011.pdf+&cd=14&hl=es-419&ct=clnk&gl=mx&client=firefox-b-d

Fuentes de entrevistas

Arminda [entrevista por AJVU], ama de casa, prácticas y saberes con el mal de ojo, 1era generación de los Sánchez, 2021, 28 de septiembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Elena [entrevista por AJVU], profesora de educación secundaria, prácticas y saberes con el mal de ojo, 2da generación de los Sánchez, 2021, 6 de diciembre, vía virtual con Google meet.

Cleotilde [entrevista por AJVU], ama de casa, y estudiante de licenciatura, prácticas y saberes del mal de ojo, 3era generación de los Sánchez, 2021, 18 de octubre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Hortensia [entrevista por AJVU], ama de casa, prácticas y saberes con el mal de ojo, 1era generación de los Cruz, 2021, 4 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Andrea [entrevista por AJVU], ama de casa y sastre, prácticas y saberes con el mal de ojo, 2da generación de los Cruz, 2021, 15 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

María [entrevista por AJVU], ama de casa, prácticas y saberes con el mal de ojo, 3era generación de los Cruz, 2021, 6 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Florencia [entrevista por AJVU], ama de casa, prácticas y saberes con el mal de ojo, 1era generación de los Montes, 2021, 22 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

María [entrevista por AJVU], ama de casa, prácticas y saberes con el mal de ojo, 2da generación de los Montes, 2021, 23 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Esmeralda [entrevista por AJVU], ama de casa y profesora de educación primaria, prácticas y saberes con el mal de ojo, 3era generación de los Montes, 2021, 23 de noviembre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Donato [entrevista por AJVU], profesor de educación primaria, señalado como hacedor de mal de ojo, 2021, 31 de octubre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Juan [entrevista por AJVU], médico de lo familiar, prácticas y saberes con el mal de ojo, 29 de octubre, 2021, octubre, Simojovel de Allende, Chiapas, México.

Aurelia [entrevista por AJVU], curandera en la medicina tradicional, prácticas con el mal de ojo, 16 de octubre 2021, Simojovel de Allende, Chiapas, México

Felipe [entrevista por AJVU], enfermero, curandero, prácticas y saberes con el mal de ojo, 25 de noviembre 2021, Simojovel de Allende, Chiapas, México

